

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

JOINT BENEFIT TRUST

BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR PARA LOS PARTICIPANTES ELEGIBLES BAJO EL
PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS DE TEMPORADA
(ANTIGÜEDAD DE 3 AÑOS ANTES DEL 1 DE JULIO DE 2003)



MÉDICO, PRESCRIPCIÓN,
DENTALES Y DE LA VISTA



SERVICIOS DE
BIENESTAR



ELEGIBILIDAD Y
COBERTURA

E F E C T I V O E N E R O D E 2 0 2 2

FIDEICOMISO DE BENEFICIOS CONJUNTOS (JBT) PLAN DE SALUD Y BIENESTAR

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN (SPD)/DOCUMENTO DEL PLAN

Descripción de los beneficios médicos, dentales y de la vista para participantes elegibles de bajo del Plan de Beneficios Médicos temporales y que han alcanzado una antigüedad de tres años al 30 de junio de 2003

Modificado, reformulado y efectivo el **1 de enero de 2022**

Tenga en cuenta que las palabras "Estacional" y "Full-Time" tal como se usan en los nuevos nombres del Plan son términos descriptivos utilizados en la industria conservera. El uso de estas palabras en los nuevos nombres del Plan o en este documento no tiene la intención de limitar o modificar de ninguna manera las disposiciones de antigüedad o las clasificaciones de puestos contenidas en cualquier acuerdo de negociación colectiva que prevea la participación en el Fideicomiso de Beneficios Conjuntos.

This book contains a summary of your rights and benefits in Spanish under the Seasonal Medical Benefits Plan offered to employees. If you have difficulty understanding any part of this book, you can contact your representative in the Administrative Office, who will provide you with the help you need.

ÍNDICE

MENSAJE DE LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS	1
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 2: TABLA DE REFERENCIA RÁPIDA.....	3
CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN.....	7
CAPÍTULO 4: CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA.....	17
CAPÍTULO 5: GESTIÓN DE USO	29
CAPÍTULO 6: BENEFICIOS MÉDICOS	37
CAPÍTULO 7: BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS.....	69
CAPÍTULO 8: BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS	77
CAPÍTULO 9: BENEFICIOS DENTALES.....	83
CAPÍTULO 10: BENEFICIOS DE LA VISTA: SOLO PARA EMPLEADOS	97
CAPÍTULO 11: EXCLUSIONES GENERALES DEL PLAN	105
CAPÍTULO 12: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB).....	109
CAPÍTULO 13: PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES	117
CAPÍTULO 14: DISPOSICIONES GENERALES E INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA	143
CAPÍTULO 15: DEFINICIONES.....	153
APÉNDICE A – QMCSO	173
APÉNDICE B - INSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	175

MENSAJE DE LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Este documento describe los beneficios médicos, dentales y de la vista autofinanciados del Plan de Salud y Bienestar del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos para **empleados temporales y que han alcanzado una antigüedad de 3 años antes del 1 de julio de 2003 (en adelante, Empleados temporales)**. Este es un grupo cerrado: Ningún empleado nuevo, , podrá ser elegible para la cobertura bajo este plan si no alcanzó una antigüedad de 3 años antes del 1 de julio de 2003. El documento constituye una Descripción Resumida del Plan (SPD) y el Documento del Plan/Reglas del Plan, según lo exige la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). Este documento proporciona información sobre el Plan de Beneficios Médicos Temporales y que está relacionada con:

- Elegibilidad de beneficios;
- Cobertura de beneficios, exclusiones, redes y autorización previa;
- Procedimientos para la presentación de reclamos y apelación de reclamos; e
- Información administrativa y legal sobre el Plan.

El capítulo Elegibilidad describe las reglas sobre quién es elegible para la cobertura y cuándo puede empezar esa cobertura para los empleados temporales y que alcanzaron una antigüedad de 3 años en o antes del 1 de julio de 2003 y sus dependientes elegibles.

El JBT también ofrece beneficios a empleados elegibles de tiempo completo, empleados jubilados de tiempo completo y empleados temporales y que alcanzaron una antigüedad de 3 años en o después del 1 de julio de 2003 (también llamados “Nuevos Participantes”). La información sobre estos beneficios no se describe en este documento, sino que se describe en las Descripciones Resumidas del Plan por separado de estos planes respectivos.

La Junta de Fideicomisarios del JBT es el fiduciario responsable del Plan y ha delegado determinadas responsabilidades tal como se describe en este documento. Salvo que se indique lo contrario en este documento, la Oficina administrativa brinda servicios administrativos bajo el Plan y brinda información sobre el monto de los beneficios, la elegibilidad y otras disposiciones del Plan. Ningún empleado del Sindicato, incluidos los funcionarios del Sindicato y los agentes comerciales, el empleador o el representante del empleador, ni cualquier otra organización, excepto la Oficina administrativa, está autorizado a dar información o comprometer a los Fideicomisarios sobre cualquier asunto. Para su conveniencia, la Oficina administrativa puede proporcionar respuestas verbales de manera informal con respecto a la cobertura. Sin embargo, tal comunicación verbal no es vinculante para la Junta de Fideicomisarios. En todos los casos, regirán las disposiciones del Documento de Plan/SPD oficial.

Aviso importante.

- Su elegibilidad para los beneficios bajo este Plan depende de que siga recibiendo las contribuciones del empleador en su nombre. Si su empleador deja de hacer contribuciones al JBT, su elegibilidad para los beneficios terminará de acuerdo con los Procedimientos de control de morosidad del JBT.
- Este documento no sirve como garantía de empleo o beneficios continuos. Ninguna persona tendrá derechos acumulados o adquiridos conforme a los beneficios bajo este Plan. Los derechos adquiridos se refieren a los beneficios ganados por una persona a fin de recibirlos y que no se pueden perder. Los beneficios del Plan no tienen derechos adquiridos y no están garantizados.
- Como sus Fideicomisarios, hacemos todo lo posible para administrar el Plan con detenimiento de tal modo que hacemos cambios en él a medida que cambia la situación financiera del JBT y según lo ordena la ley. Las disposiciones de elegibilidad pueden modificarse de acuerdo con la ley, y los beneficios pueden aumentarse o disminuirse (enmendarse) de vez en cuando. Se le notificará si se realizan cambios sustanciales en el Plan o si se rescinde el Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de sus beneficios, comuníquese con la Oficina administrativa al 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357).

Atentamente,

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Establecimiento y finalidad

El Plan de Salud y Bienestar del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos para Empleados de bajo del Plan de Beneficios Médicos Temporales (“Plan”) se estableció a partir del 1 de enero de 1974, a fin de proporcionar beneficios de atención médica a los empleados de los Empleadores participantes del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos. Los Fideicomisarios tienen la intención de mantener el Plan de manera indefinida; no obstante, el Plan está sujeto a las disposiciones de enmienda y rescisión analizadas en Capítulo 14: Disposiciones generales e información requerida por ERISA. En el capítulo de Disposiciones generales también se describe una explicación del financiamiento de los beneficios mencionados en este documento.

El Plan o cualquiera de sus disposiciones pueden enmendarse o rescindirse en cualquier momento y a la sola discreción de la Junta de Fideicomisarios. Los dependientes elegibles también pueden recibir beneficios de atención médica, tal como se describe en el Capítulo 3: Elegibilidad y participación. El Plan se mantiene para el beneficio exclusivo de los empleados y sus dependientes elegibles. El Plan se enmienda y reformula para que se lea tal como se indica en el presente documento a partir del **1 de enero de 2021**. El Plan descrito en este documento reemplaza y sustituye todos los demás documentos del plan/descripciones resumidas del plan y resúmenes relacionados de modificaciones importantes que se le proporcionaron anteriormente.

¿Qué le dice este documento?

Este documento lo ayudará a comprender y utilizar los beneficios proporcionados por el Plan de Salud y Bienestar del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos. Debe revisarlo y compartirlo con los miembros de su familia que están o estarán cubiertos por el Plan. Les dará a todos una comprensión de las coberturas provistas; los procedimientos a seguir para presentar reclamos; y sus responsabilidades de proporcionar la información necesaria al Plan. Asegúrese de leer el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones.

Si bien reconoce los muchos beneficios asociados con este Plan, también es importante tener en cuenta que este Plan no cubre todos los gastos en los que incurra por atención médica.

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

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o sus obligaciones bajo los términos del Plan, asegúrese de buscar ayuda o información. En el Capítulo 2 encontrará una Tabla de referencia rápida con fuentes de ayuda o información sobre el Plan.

AVISO IMPORTANTE

Usted o sus dependientes deben proporcionar de inmediato a la Oficina administrativa información sobre cualquier cambio de nombre o dirección, matrimonio, divorcio o separación legal, fallecimiento de cualquier familiar cubierto, nacimiento, adopción, colocación en adopción, tutela legal o cambio de estado o discapacidad de un hijo dependiente, inscripción o desafiliación de Medicare, o sobre un dependiente previamente cubierto que ya no califica como dependiente o la existencia de otra cobertura. Se requerirá prueba de documentación legal para determinados cambios.

Notifique a la Oficina administrativa preferiblemente dentro de los 31 días, pero no después de los 60 días, una vez que ocurra cualquiera de los eventos mencionados anteriormente.

No brindar a la Oficina administrativa una notificación oportuna de los eventos mencionados anteriormente puede:

- hacer que usted y/o sus Dependientes pierdan el derecho a elegir y obtener la Continuación de Cobertura de COBRA,
- hacer que la cobertura de un Dependiente termine cuando de otra manera podría continuar debido a una discapacidad,
- hacer que los pagos de reclamos se retrasen hasta que se hayan resuelto los problemas de elegibilidad,
- resultar en su responsabilidad de reembolsar al Plan si se paga algún beneficio en nombre de una persona no elegible. El Plan tiene derecho a compensar los montos pagados con los futuros beneficios médicos, dentales o de la vista del participante o a tomar cualquier otra medida para recuperar cualquier pago en exceso de los beneficios.

CAPÍTULO 2: TABLA DE REFERENCIA RÁPIDA

Para obtener ayuda o información

Cuando necesite información, consulte este documento primero. Si necesita más ayuda, llame a las personas que se indican en la siguiente Tabla de referencia rápida:

Tabla de referencia rápida	
Información necesaria:	Contacto:
Oficina administrativa • Formularios de reclamos (médicos y dentales) • Tabla de asignaciones dentales • Presentar reclamos y apelaciones médicas, quiroprácticas, por abuso de sustancias y dentales • Preguntas de elegibilidad (incluida la elegibilidad para servicios médicos, dentales y de la vista) • Información de beneficios del Plan • Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare • Solicitar autorización previa de determinados servicios • Solicitar autorización previa de servicios dentales • Resumen de beneficios y cobertura (SBC) • Administración de COBRA — Información sobre la cobertura de COBRA — Agregar o eliminar dependientes — Costo de la continuación de cobertura de COBRA — Pagos de primas de COBRA — Segundo evento calificativo y notificación de discapacidad — Formulario de elección de COBRA	Health Services & Benefit Administrators (HS&BA) 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357) www.jointbenefittrust.com Dirección postal: Health Services & Benefit Administrators 4160 Dublin Boulevard, Suite 400 Dublin, CA 94568-7756 <i>Dirección postal para enviar formularios de elección de COBRA, avisos obligatorios y pagos de primas:</i> Administrador de COBRA del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos a/c Health Services & Benefit Administrators 4160 Dublin Boulevard, Suite 400 Dublin, CA 94568-7756
Redes de beneficios médicos • Directorio de proveedores de la red médica • Adiciones/eliminaciones de proveedores de red * Consulte a continuación la red de proveedores para el tratamiento por abuso de sustancias	Anthem Blue Cross 1-844-699-8811 www.anthem.com/ca El Centro de Servicio BlueCard Worldwide está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana sin cargo al (800) 810-BLUE (2583) o mediante llamada por cobrar al (804) 673-1177. Para acceder al directorio de proveedores gratuito, deberá registrarse. Simplemente ingrese la información solicitada en el sitio web (incluyendo su identificación de miembro) y empiece su búsqueda. También puede llamar a la Línea de Ayuda Doctor Facility del JBT al 1-833-346-3365

Tabla de referencia rápida	
Información necesaria:	Contacto:
Redes de beneficios médicos (cont.) Para acceder a la red de proveedores Advantage o Prudent Buyer de Anthem: También puede llamar a la Línea de Ayuda Doctor Facility del JBT al 1-833-346-3365	1. Inicie sesión en anthem.com (Nota: Si inicia sesión como miembro, se mostrará su información personal, incluyendo los médicos y las instalaciones dentro de la red que elija). 2. Si no tiene su información de usuario o si inicia sesión como miembro en la página de inicio anthem.com, vaya a <i>Herramientas útiles</i> a la derecha y seleccione Encuentre un médico. 3. Elija buscar como invitado. 4. En “Qué tipo de plan”, seleccione Médico (patrocinado por el empleador). 5. En “Seleccione un plan/red”, elija Advantage o Blue Cross Prudent Buyer — Large Group. 6. Luego elija el tipo de proveedor, es decir, hospital, médico y dentro de la especialidad médica. 7. Finalmente, elija su ubicación y qué tan lejos está dispuesto a desplazarse. Presione buscar y aparecerá una lista de proveedores en la pantalla para que pueda elegir o su elección específica se mostrará como dentro o fuera de la red. 8. Aparecerá una lista de proveedores en la pantalla para que pueda elegir, o su elección específica se mostrará como dentro o fuera de la red.
Empresa de gestión de uso (UM) - Autorización previa de determinados servicios de beneficios médicos (pero no para el tratamiento por abuso de sustancias). Consulte el Capítulo 5: Gestión de uso para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa y otra información. - Apelación de decisiones de UM	Anthem Blue Cross 1-800-274-7767 www.anthem.com/ca Dirección postal: P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007
Administrador de Beneficios de Farmacia - Tarjetas de identificación - Farmacias minoristas de la red - Información sobre medicamentos recetados - Formulario de medicamentos preferidos - Administración de pautas de especialidad - Autorización previa de determinados medicamentos	CVS/Caremark Servicios a los miembros: 1-800-294-5979 Autorización previa para médicos: 1-800-294-5979 www.caremark.com Dirección postal: CVS/Caremark PO Box 659541 San Antonio, TX 78265-9541
Red de Centros de Mamografía (MCN) Red de proveedores de mamografías de atención preventiva	Health Services & Benefit Administrators (HS&BA) 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357) www.jointbenefittrust.com
Red quiropráctica - Preguntas sobre beneficios quiroprácticos - Red de proveedores quiroprácticos de California	Landmark Healthcare 1-800-298-4875 www.LHP-ca.com Dirección postal para reclamos: Health Services & Benefit Administrators 4160 Dublin Boulevard, Suite 400 Dublin, CA 94568-7756

Tabla de referencia rápida	
Información necesaria:	Contacto:
Programa de tratamiento por abuso de sustancias • Llame para recibir tratamiento confidencial por abuso de sustancias o para encontrar a un proveedor de la red • Directorio de proveedores de la red de tratamiento por abuso de sustancias (No se proporcionará ningún beneficio por la atención que brinde un proveedor que no sea de la red.) • Autorización previa de determinados tratamientos por abuso de sustancias (consulte el Capítulo 5: Gestión de uso para obtener información de autorización previa y el Capítulo 8: Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias para obtener más información). • Apelación de la decisión de autorización previa por abuso de sustancias • La Oficina administrativa paga los reclamos por abuso de sustancias	Programa de Rehabilitación de Drogas/Alcohol de Teamsters (TARP) 1-800-522-8277 (El horario laboral normal es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico, cerrado los días festivos federales) Después del horario normal de atención del TARP, puede dejar un mensaje confidencial o, si considera que necesita asistencia médica urgente, marque el 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Dirección postal para reclamos: Health Services & Benefit Administrators 4160 Dublin Boulevard, Suite 400 Dublin, CA 94568-7756
Beneficio dental • Preguntas sobre beneficios dentales • Directorio de proveedores y redes dentales • La Oficina administrativa paga estos reclamos • Reclamos y apelaciones dentales	Health Services & Benefit Administrators (HS&BA) 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357) Dirección postal para reclamos dentales: Health Services & Benefit Administrators 4160 Dublin Boulevard, Suite 400 Dublin, CA 94568-7756
Beneficio de la vista • Preguntas sobre los beneficios de la vista • Directorio de proveedores y redes de la vista • Reclamos y apelaciones de la vista	Vision Service Plan (VSP) 1-800-877-7195 Sitio web para encontrar un proveedor de la red: www.vsp.com Dirección postal para reclamos fuera de la red: VSP P.O. Box 997105 Sacramento, CA 95899-7105 Dirección postal para apelaciones de reclamos: Apelaciones de miembros de VSP 333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670
Funcionario de privacidad y Funcionario de seguridad de HIPAA • Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA	Funcionario de privacidad Health Services & Benefit Administrators (HSBA) 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357) Dirección postal: Funcionario de privacidad de HSBA o Funcionario de seguridad de HSBA 4160 Dublin Boulevard, Suite 400 Dublin, CA 94568-7756

CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN

ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO.....	8
¿Quién es elegible?	8
¿Cuándo empieza la cobertura de los empleados?	8
¿Cuánto tiempo continúa la cobertura pagada por el empleador?	8
¿Cuándo termina la cobertura de un empleado?	9
Cancelación retroactiva de cobertura	9
Inscripción de empleados.....	9
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN DE HIJO DEPENDIENTE.....	9
Elegibilidad del hijo dependiente.....	9
Definición de hijo dependiente y documentos de inscripción	10
Inscripción de hijos dependientes	11
Inscripción mientras está en COBRA.....	11
INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL	12
OTRA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA COBERTURA Y LA INSCRIPCIÓN	12
Licencia médica y familiar	12
Licencia militar y USERRA.....	13
OPCIONES CUANDO SE PIERDE LA COBERTURA PAGADA POR EL EMPLEADOR.....	14
Extensión médica de beneficios por discapacidad	14
COBRA.....	15
Mercado de Seguros Médicos (Covered California) y/o Medi-Cal	15
Otra cobertura grupal	15
Medicare.....	15
SI RECLAMA COBERTURA PARA ALGUIEN QUE NO ES ELEGIBLE	15
MANTENGA ACTUALIZADO AL PLAN	15

Elegibilidad y participación del empleado

Para recibir los beneficios, un participante debe ser elegible (es decir, haber cumplido con los requisitos del trabajo y otros requisitos establecidos más adelante) Y estar inscrito (es decir, haber enviado un formulario de inscripción completo).

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para la cobertura de este Plan en cualquier mes que cumpla con estos cuatro requisitos:

- Logró una antigüedad de 3 años antes del 1 de julio de 2003 bajo los términos del Acuerdo de Negociación Colectiva entre su Sindicato y su empleador;
- Figura en la lista de antigüedad a partir del primer día del mes;
- Trabajó al menos 80 horas para un Empleador participante durante el mes anterior; y
- Su Empleador participante realizó las contribuciones necesarias en su nombre.

¿Cuándo empieza la cobertura de los empleados?

La cobertura empieza el primer día del mes en que se cumplen estas cuatro condiciones y finaliza el primer día de cualquier mes en el que ya no cumpla con los cuatro requisitos, a menos que realice sus propios pagos conforme a COBRA (consulte el Capítulo 4: Continuación de Cobertura de COBRA).

Para obtener más información sobre cómo inscribirse, consulte la sección Inscripción de este capítulo.

¿Cuánto tiempo continúa la cobertura pagada por el empleador?

Su cobertura pagada por el empleador finaliza el primer día de cualquier mes en el que no cumpla con los cuatro requisitos indicados anteriormente y no se reanuda hasta que vuelva a cumplir con los cuatro requisitos.

Ejemplos

- Ejemplo 1: Su fecha de antigüedad de 3 años es el 27 de junio de 2003. Regresa del despido y trabaja 60 horas en julio de 2019 y 150 horas en agosto. No tiene cobertura en agosto porque no trabajó 80 horas en julio. ***Está*** cubierto en septiembre porque trabajó 80 horas en agosto y estaba en la lista de antigüedad el 1 de septiembre de 2019.
- Ejemplo 2: Su fecha de antigüedad de 3 años es el 27 de junio de 2003. En agosto de 2019 trabaja 150 horas. En septiembre solo trabaja 70 horas y luego lo despiden. Tiene cobertura hasta finales de septiembre porque trabajó 80 horas en agosto. No está cubierto en octubre porque trabajó menos de 80 horas en septiembre. Su cobertura pagada por el empleador no se reanuda hasta el mes después de que regrese del despido y trabaje al menos 80 horas.
- Ejemplo 3: Su fecha de antigüedad de 3 años es el 27 de junio de 2003. En agosto de 2019 trabaja 150 horas. En septiembre también trabaja 150 horas, pero en lugar de ser despedido, usted renuncia o lo despiden. Tiene cobertura en septiembre porque trabajó 80 horas en agosto. Si bien trabajó más de 80 horas en septiembre, no está cubierto en octubre porque, después de haber renunciado o haber sido despedido, no estaba en la lista de antigüedad el 1 de octubre de 2019.

¿Cuándo termina la cobertura de un empleado?

La cobertura de un empleado finaliza, según el evento que sea más pronto, el último día del mes en el que:

- su empleo termina con un empleador que contribuye al JBT; o
- ingresa a las Fuerzas Armadas (la milicia) en servicio activo a tiempo completo; o
- ya no es elegible para participar en el Plan; o
- su empleador deja de hacer las contribuciones necesarias para su cobertura; o
- se produce su fallecimiento; o
- se interrumpe el Plan.

No hay oportunidad de convertirse a un plan de salud individual una vez que finaliza la cobertura de este Plan.

Cancelación retroactiva de cobertura

De acuerdo con los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, el JBT no cancelará la cobertura de manera retroactiva, **excepto** en casos de fraude o tergiversación intencional de un hecho material.

Si su cobertura se rescinde en casos de fraude o tergiversación intencional de un hecho material, se puede rescindir, después de una notificación por escrito de 30 días, de manera retroactiva a la fecha en que usted o su Dependiente cubierto realizaron o permitieron los actos descritos anteriormente. Mantener inscrito a un dependiente inelegible en el Plan (por ejemplo, un hijo dependiente tiene 26 años o más, o no es elegible por algún otro motivo) se considera fraude.

Inscripción de empleados

Además de los requisitos descritos anteriormente, un empleado debe estar inscrito para recibir beneficios. A fin de inscribirse, el empleado debe completar el formulario de inscripción y enviarlo a la Oficina administrativa. Puede llamar a la Oficina administrativa para obtener un formulario. Una vez que se reciba el formulario, todo reclamo incurrido después de la fecha inicial de elegibilidad, incluidos los reclamos incurridos antes de que se completara la inscripción, se pagará de acuerdo con las reglas del plan.

Ejemplo: Como empleado, usted es elegible por primera vez en junio, pierde la elegibilidad en julio y la recupera en agosto. Envía reclamos para el tratamiento en junio, julio y agosto, pero no envía su formulario de inscripción hasta el 5 de septiembre. Antes del 5 de septiembre, se rechazarán las solicitudes de tratamiento. Después del 5 de septiembre, los reclamos por tratamiento en junio y agosto se pagarán porque usted es elegible y está inscrito. Los reclamos para el tratamiento de julio seguirán siendo denegados porque, mientras estaba inscrito, no era elegible.

Elegibilidad e inscripción de hijo dependiente

Como es el caso de un empleado, para recibir los beneficios, un hijo dependiente debe ser elegible y estar inscrito. Un hijo también debe calificar como hijo dependiente. Los hijos dependientes son elegibles para beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y por abuso de sustancias, pero no para beneficios de la vista. No hay opción para rechazar la cobertura. Los cónyuges y las parejas de hecho NO son elegibles para la cobertura, solo sus hijos dependientes.

Un dependiente no puede estar inscrito para la cobertura, a menos que el empleado también esté inscrito. El Plan requiere documentación específica para corroborar la condición de dependiente (consulte Definición de hijo dependiente y documentos de inscripción más adelante).

Elegibilidad del hijo dependiente

La elegibilidad del hijo dependiente empieza en la fecha en que el empleado es elegible por primera vez o en la fecha en que el hijo dependiente cumple con la definición de hijo dependiente, según el evento que sea posterior.

La cobertura de un dependiente finaliza, según el evento que sea más pronto, el último día del mes en el que:

- finaliza la cobertura del Empleado;

- sus hijos dependientes cubiertos ya no cumplen con la definición de hijos dependientes según se define en este documento;
- se produce el fallecimiento del dependiente; o
- la fecha en que se discontinúa el Plan.

No hay oportunidad de convertirse a un plan de salud individual después de que finaliza la cobertura de este Plan.

Definición de hijo dependiente y documentos de inscripción

<i>Relación</i>	<i>Documentos necesarios para la inscripción</i>
Hijo biológico (hijo o hija) del empleado	Certificado de nacimiento que muestre al hijo biológico del empleado
Hijastro	Certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, registro de pareja de hecho, prueba de adopción, según corresponda
Niño adoptado, niño colocado en adopción	Prueba de adopción o colocación para adopción. Colocado en adopción significa la asunción y retención por parte del empleado de una obligación legal de manutención total o parcial de dicho niño antes de la adopción. Documentos de colocación/adopción designados por el tribunal y con acta de nacimiento certificada.
Destinatario alternativo bajo Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO)	Una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores que nombra al niño como un beneficiario alternativo firmada por un juez o un aviso de Manutención Médica Nacional. Consulte el Apéndice A para obtener más información.
Tutela legal del niño	Se requerirá prueba de la edad y de la tutela designadas por el tribunal.

Los siguientes no se consideran hijos dependientes: niños en acogida, el cónyuge de un hijo dependiente (por ejemplo, yerno o nuera del empleado) o el hijo de un hijo dependiente (por ejemplo, nieto del empleado a menos que el empleado haya sido designado tutor legal del nieto), un cónyuge o una pareja de hecho.

Ninguna persona puede estar cubierta por este Plan como empleado y como dependiente. Un hijo dependiente puede ser el dependiente cubierto de más de un empleado; sin embargo, la cobertura no se coordinará para ese hijo dependiente.

Límite de edad Al cumplir los 26 años, un niño ya no califica como hijo dependiente elegible para beneficios, a menos que el niño sea discapacitado.

Niño discapacitado A fin de calificar para los beneficios a los 26 años o más, el hijo dependiente debe:

- estar soltero;
- haber sido elegible y estar inscrito en este Plan durante la temporada inmediatamente anterior a su cumpleaños 26;
- estar discapacitado de forma permanente y total (por ejemplo, la discapacidad ha durado 12 meses o se espera que dure 12 meses o que provoque el fallecimiento);
- tener una discapacidad que existía antes de su cumpleaños 26; y
- depender principalmente del empleado para su apoyo o mantenimiento.

Nota: Si el hijo no califica como dependiente fiscal según el artículo 152 del IRC (o si la definición de dependiente de la ley estatal no coincide con la definición de la ley federal), su empleador debe incluir en sus ingresos el valor justo de mercado de la cobertura proporcionada al hijo adulto.

Un hijo cuya cobertura ha terminado debido a que alcanzó el límite de edad y que luego queda discapacitado no puede volver a inscribirse como hijo dependiente adulto discapacitado.

A fin de inscribir a un hijo discapacitado, deberá proporcionar una prueba inicial y continua de discapacidad. Tendrá 31 días a partir de la fecha de la solicitud para presentar dicha prueba o su hijo discapacitado perderá la cobertura.

Inscripción de hijos dependientes

La fecha de vigencia de la inscripción de un hijo dependiente es la fecha en la que usted es elegible o el primer día del mes durante el cual se han presentado todos los documentos de inscripción requeridos, el que sea posterior. Consulte la tabla anterior. No se pagarán beneficios hasta que su hijo dependiente esté inscrito. Usted también debe estar inscrito para inscribir a un dependiente.

Ejemplo: Como empleado, usted es elegible por primera vez en junio y julio, pierde la elegibilidad en agosto y la recupera para septiembre y octubre. Envía su formulario de inscripción en julio. El 5 de agosto se casa y entonces tiene hijastros. Envía un certificado de matrimonio y un nuevo formulario de inscripción el 10 de septiembre. El 25 de octubre envía los certificados de nacimiento de sus hijastros. Se presentan reclamos para estos niños para su tratamiento en agosto, septiembre y octubre. Los reclamos de agosto se denegarán porque usted no es elegible y porque los niños no están inscritos. Los reclamos de septiembre se denegarán porque, si bien es elegible, no se han presentado certificados de nacimiento y, por lo tanto, el proceso de inscripción está incompleto para sus hijos dependientes. Los reclamos de octubre, incluso los correspondientes por servicios realizados entre el 1 y el 24, se procesarán porque usted es elegible y la inscripción de los hijos dependientes entrará en vigencia el 1 de octubre, el primer día del mes en que se completó la inscripción.

Recién nacidos, incluidos los niños adoptados o colocados en adopción* dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento Los recién nacidos son sus hijos biológicos, los hijos biológicos recién nacidos de su cónyuge o pareja de hecho, o los hijos recién nacidos dados en adopción a usted. Para inscribir a su hijo recién nacido, debe completar un formulario de inscripción y enviar el certificado de nacimiento. Sin embargo, a diferencia de todos los demás hijos dependientes, se aplican dos reglas especiales. En primer lugar, una vez que se completa la inscripción, la cobertura es retroactiva a la fecha de nacimiento. En segundo lugar, el tratamiento durante los primeros 30 días después de la fecha de nacimiento estará cubierto siempre y cuando usted sea elegible y la Oficina administrativa haya recibido alguna evidencia del nacimiento de su hijo, por lo general una copia de la factura del parto. Consulte también los documentos necesarios para la adopción y la colocación en adopción.
* Incluye tutela legal.

Inscripción mientras está en COBRA

COBRA es una ley federal que, en determinadas circunstancias, permite que un hijo participante o dependiente que haya perdido la cobertura pagada por el empleador siga con la cobertura mediante los pagos propios. Las reglas de COBRA se describen en el siguiente capítulo. Una de esas reglas es que solo los participantes inscritos cuando se pierde la cobertura son elegibles para COBRA. A diferencia de las reglas de inscripción descritas anteriormente, esto significa que un hijo dependiente elegible que no estaba inscrito cuando se perdió la cobertura no puede inscribirse ahora que usted está en COBRA hasta el próximo período anual de inscripción abierta. Si su hijo no inscrito tiene un evento de inscripción especial, este hijo puede inscribirse incluso si usted está en COBRA. La fecha límite para dicha inscripción es por lo general 30 días a partir de la fecha del evento de inscripción especial (60 días para determinados eventos de Medicaid/CHIP). Los eventos de inscripción especial incluyen matrimonio o pérdida de otra cobertura (30 días) o cambios en la elegibilidad para Medicaid/CHIP o subsidio de prima de Medicaid (60 días). Consulte el Capítulo 4: Continuación de Cobertura de COBRA o el Apéndice B para obtener más información.

Ejemplo: Como empleado, usted es elegible por primera vez en junio y envía su formulario de inscripción en julio de 2020. Informa sobre su hijo dependiente pero no envía un certificado de nacimiento.

El período anual de inscripción abierta es en el mes de agosto. Pierde la cobertura en octubre de 2020 y elige COBRA. Debido a que su hijo dependiente no está inscrito (falta el certificado de nacimiento), no puede inscribirse hasta agosto de 2021, en el próximo período anual de inscripción abierta.

LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS DEPENDIENTES SON NECESARIOS

A fin de cumplir las regulaciones federales de coordinación de beneficios de Medicare y determinadas reglas de informes del IRS, usted debe proporcionar de inmediato al Administrador del Plan, o a su designado, el Número de Seguro Social (SSN) de sus dependientes elegibles para quienes ha elegido o está eligiendo la cobertura del Plan e información sobre si usted o alguno de dichos dependientes está actualmente inscrito en Medicare o ha cancelado su inscripción en Medicare. Esta información se solicitará cuando se inscriba por primera vez en la cobertura del Plan; sin embargo, también se puede solicitar en una fecha posterior.

Si un dependiente todavía no tiene un número de seguro social, puede ir a este sitio web para completar un formulario y solicitar un SSN: <http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf>. Solicitar un número de seguro social es GRATIS.

No proporcionar el SSN o no completar el formulario modelo de CMS (el formulario está disponible con el Administrador de Reclamos o en <http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Downloads/New-Downloads/RevisedHICNSSF081809.pdf>) implica que los reclamos de las personas elegibles pueden no considerarse reclamos pagaderos para los individuos afectados.

Inscripción abierta anual

El período de inscripción abierta es el período de tiempo que designa cada año la Junta de Fideicomisarios y durante el cual los empleados elegibles pueden elegir una de las dos redes de planes de salud de Blue Cross: la red Prudent Buyer que incluye a Sutter y la red Advantage que no la incluye. Si bien los beneficios son los mismos, la cocontribución para la red Prudent Buyer es mucho mayor. Si no se realiza ninguna elección, la elección del año anterior continúa. Si no se realizó una elección previa, la opción predeterminada es la red Advantage. Debido a que no hay beneficios médicos fuera de la red, si elige o lo ubican de forma predeterminada en la red Advantage y usa una instalación de Sutter, no se pagarán beneficios excepto en el caso de una emergencia. Solo puede cambiar de red durante el período de inscripción abierta. Toda elección se aplica tanto al empleado como a sus dependientes. No pueden hacer elecciones por separado. Las elecciones entran en vigencia el primer día del segundo mes después del período de inscripción abierta o en la fecha anunciada en el aviso de inscripción abierta.

Si está en COBRA durante el período de inscripción abierta, también puede inscribir a un hijo dependiente. Si no está inscrito en COBRA, también puede inscribir a un hijo dependiente, aunque no necesita esperar al período anual de inscripción abierta para hacerlo.

Otra información relacionada con la cobertura y la inscripción

Licencia médica y familiar

Usted puede ser elegible para hasta 12 semanas de licencia no remunerada (en algunos casos, hasta 26 semanas) en virtud de la Ley Federal de Licencia Médica y Familiar (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA) a fin de ocuparse de asuntos familiares como el nacimiento y el cuidado de un recién nacido, un niño recién adoptado o un niño colocado en cuidado de crianza; el cuidado de un padre, niño o cónyuge enfermo; o por su propia condición de salud grave que lo incapacita para realizar su trabajo. Usted es elegible para una licencia FMLA o CFRA si ha estado laborando durante al menos 12 meses en un lugar de trabajo donde su empleador da empleo a al menos 50 empleados (FMLA) o a al menos 20 empleados (CFRA) dentro de 75 millas de su lugar de trabajo y usted ha trabajado al menos 1250 horas durante un período de 12 meses inmediatamente anterior al inicio de su licencia para ausentarse.

Si se toma una licencia no remunerada de conformidad con la FMLA o CFRA, su elegibilidad y la de sus dependientes para la cobertura seguirá durante toda su licencia. Esto se debe a que su empleador sigue pagando

contribuciones mensuales por su cobertura. Su cobertura y la de sus dependientes seguirá hasta el final del mes en que su empleador deje de hacer contribuciones porque:

- Su derecho a licencia FMLA/CFRA finaliza;
- Su empleador puede demostrar que usted habría sido despedido o que la relación laboral habría terminado;
- Usted notifica a su empleador que no tiene la intención de volver a trabajar;
- Usted no regresa al trabajo al final de su licencia, o
- Usted ya no cumple con las condiciones para la licencia FMLA/CFRA;

lo que ocurra primero.

Al final de su licencia FMLA/CFRA, usted puede ser elegible para la continuación de la cobertura de COBRA hasta por 18 meses. Nota: Si tiene una licencia para ausentarse aprobada y sujeta a la FMLA o CFRA, solo el hecho de no regresar al trabajo al final de la licencia aprobada constituye un evento calificativo COBRA.

Debido a que las leyes de licencia médica y familiar no se aplican a todos los empleadores ni a todos los empleados, usted puede o no calificar para esta licencia. El JBT no determina si usted es elegible para una licencia FMLA. Para obtener más información sobre la licencia disponible en virtud de la FMLA y CFRA, la forma en que interactúan las leyes y los términos en los que puede tener derecho a licencia, comuníquese con su empleador o sindicato.

Licencia militar y USERRA

A un participante que ingresa al servicio militar se le proporcionarán derechos de continuación y restablecimiento de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), según como haya sido enmendada de vez en cuando. Esta sección contiene información importante sobre sus derechos a la continuación de cobertura y al restablecimiento de la cobertura en virtud de la USERRA.

¿Qué es la USERRA? La Continuación de Cobertura de USERRA es una continuación temporal de la cobertura cuando de otra manera terminaría porque usted ha sido llamado al servicio activo en los servicios uniformados. La USERRA protege a los empleados que salen y regresan de cualquier tipo de servicio uniformado en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluido el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, la Guardia Nacional, el Servicio Médico Nacional de Desastres, las reservas de las fuerzas armadas y el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública.

Su cobertura bajo este Plan terminará cuando ingrese al servicio activo en los servicios uniformados.

- Si elige la continuación temporal de cobertura de USERRA, usted y cualquier dependiente elegible cubierto por el Plan el día en que empezó la licencia pueden seguir con la cobertura del Plan hasta por 24 meses a partir de la fecha en que empezó la licencia.
- Si ingresa al servicio militar activo **hasta por 31 días**, usted y cualquier dependiente elegible cubierto por el Plan el día en que empezó la licencia pueden seguir con la cobertura de atención médica bajo este Plan durante ese período de licencia si sigue pagando las contribuciones correspondientes para esa cobertura durante el período de dicha licencia.

Deber de notificar al Plan: El Plan le ofrecerá la continuación de cobertura de USERRA solo una vez que usted haya notificado al JBT por escrito que ha sido llamado al servicio activo en los servicios uniformados. Debe notificar a su empleador o sindicato lo antes posible, pero a más tardar 60 días después de la fecha en que perderá la cobertura debido a la llamada al servicio activo, a menos que sea imposible o irrazonable dar dicho aviso.

El Plan ofrece continuación de cobertura:

- Una vez que su empleador o sindicato reciba la notificación de que el empleado ha sido llamado al servicio activo, el Plan le ofrecerá el derecho a elegir la cobertura USERRA para usted (y cualquier dependiente elegible cubierto por el Plan el día en que empezó la licencia). A diferencia de la Continuación de Cobertura de COBRA, si no elige a USERRA para los dependientes, esos dependientes no pueden elegir a USERRA por separado.
- Además, usted y cualquier dependiente elegible cubierto por el Plan el día en que empezó la licencia también pueden ser elegibles para elegir la continuación temporal de cobertura de COBRA. Tenga en cuenta que la

USERRA es una alternativa a COBRA, por lo tanto, puede elegir la continuación de cobertura de COBRA o USERRA y esa cobertura se ejecutará de forma simultánea, no consecutiva.

- Comuníquese con su empleador o con la Oficina administrativa para obtener una copia de los formularios de elección de COBRA o USERRA. Los formularios de elección de USERRA completos se deben enviar a la Oficina administrativa en los mismos plazos establecidos en virtud de COBRA. (La Continuación de Cobertura de COBRA se describe en el Capítulo 4).

Pagar por la Cobertura de USERRA:

- Si ingresa al servicio militar activo hasta por **31 días**, usted y cualquier dependiente elegible cubierto por el Plan el día en que empezó la licencia pueden seguir con la cobertura de atención médica bajo este Plan durante ese período de licencia si sigue pagando las contribuciones correspondientes para esa cobertura durante el período de dicha licencia.
- Si elige la continuación temporal de cobertura de USERRA, usted y cualquier dependiente elegible cubierto por el Plan el día en que empezó la licencia pueden seguir con la cobertura del Plan hasta por **24 meses** a partir de la fecha de inicio de la licencia.
- La continuación de cobertura de USERRA opera de la misma manera que la cobertura de COBRA y las primas de la cobertura de USERRA serán del 102% del costo de la cobertura. El pago de USERRA y la terminación de la cobertura por falta de pago de USERRA funcionan igual que con la cobertura COBRA. Consulte el Capítulo 4: Continuación de Cobertura de COBRA para obtener más detalles.

Además de la cobertura de USERRA o COBRA, sus dependientes elegibles pueden ser elegibles para la cobertura de atención médica bajo TRICARE (el programa de atención médica del Departamento de Defensa para miembros del servicio uniformado y sus familias). Este plan coordina los beneficios con TRICARE. Debe revisar con detenimiento los beneficios, costos, redes de proveedores y restricciones del plan TRICARE en comparación con USERRA o COBRA a fin de determinar si la cobertura de TRICARE por sí sola es suficiente o si seguir temporalmente con los beneficios de este plan bajo USERRA o COBRA es la mejor opción.

Después de su retiro de las Fuerzas Armadas:

Una vez que se retire del servicio militar (no menos que con honor), la cobertura pagada por su empleador se restablecerá el día que regrese al trabajo siempre y cuando regrese al empleo dentro de:

- 90 días a partir de la fecha de retiro de la milicia si el período de servicio fue de más de 180 días; o
- 14 días a partir de la fecha de retiro si el período de servicio fue de 31 días o más pero menos de 180 días; o
- El primer día del mes calendario siguiente al mes en el que trabaja al menos 80 horas en un empleo cubierto, si su período de servicio fue inferior a 31 días.

Si está hospitalizado o convaleciente debido a una lesión causada en el servicio activo, estos límites de tiempo se extienden hasta dos años.

Debe notificar a su empleador por escrito dentro de los períodos de tiempo indicados anteriormente. Tras la reinstalación, su cobertura no estará sujeta a exclusiones o períodos de espera distintos de los que se habrían impuesto si la cobertura no hubiera terminado.

La duración de esta licencia combinada con todos sus períodos anteriores de licencia militar bajo el mismo empleador no debe exceder los cinco años (a menos que se extienda por una emergencia nacional o circunstancia similar). Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la USERRA, comuníquese con su empleador o sindicato.

Opciones cuando se pierde la cobertura pagada por el empleador

Extensión médica de beneficios por discapacidad

Si está discapacitado y está bajo el tratamiento de un médico el día en que toda la cobertura bajo el Plan terminaría, los beneficios provistos bajo el beneficio médico se extenderán para el tratamiento de la condición, enfermedad o

lesión que causa la discapacidad, pero para ninguna otra condición, enfermedad o lesión, hasta que ocurra lo primero de lo siguiente:

- Un máximo de 12 meses consecutivos;
- Usted llega a estar cubierto sin limitaciones de la condición de discapacidad bajo cualquier otro plan grupal;
- Cesa la discapacidad; o
- Un período de no más de 90 días después de que finalice el Plan en sí o los beneficios de JBT bajo el Plan.

Nota: Si está de licencia por enfermedad o discapacidad, su licencia puede estar sujeta a los requisitos de las leyes federales y/o de la licencia médica y familiar de California. Para obtener más información sobre la solicitud de licencia médica y familiar, comuníquese con su empleador o sindicato.

COBRA

Si usted y sus dependientes pierden cobertura debido a la pérdida de horas (por ejemplo, despido por temporada), terminación o jubilación, puede seguir con su cobertura si hace sus propios pagos. Si su hijo dependiente pierde la cobertura debido a su fallecimiento, porque alcanza el límite de edad, por su divorcio (hijastros) o porque el hijo deja de cumplir con la definición de hijo dependiente según el plan, su hijo puede seguir con la cobertura si hace los pagos. Hay fechas límite para las elecciones y otras reglas. Consulte el capítulo 4 para obtener más detalles.

Mercado de Seguros Médicos (Covered California) y/o Medi-Cal

Cuando pierde la cobertura pagada por el empleador, por lo general será elegible para comprar cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, conocido comúnmente como “Covered California”. Según los ingresos de su familia, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales para la cobertura comprada en el Mercado. Para obtener más información visite www.coveredca.com. Es posible que lo dirijan a Medi-Cal si la información que proporciona demuestra que usted y su familia pueden calificar, y puede presentar una solicitud a través del mismo sitio web. Si no vive en California durante la temporada baja, consulte el Mercado de Seguros Médicos de su estado o el sitio web www.healthcare.gov.

Otra cobertura grupal

Puede calificar para una inscripción especial bajo el plan de salud de su cónyuge o de algún otro grupo para el que sea elegible, incluso si ese otro plan no acepta inscripciones tardías. Consulte las disposiciones de inscripción especial de su cónyuge o del otro plan de salud grupal para obtener más información y fechas límite; no obstante, por lo general la inscripción debe solicitarse DENTRO DE LOS 30 DÍAS de perder la cobertura de este Plan.

Medicare

Si tiene 65 años o más, puede ser elegible para inscribirse en Medicare. Existen diversas opciones. Comuníquese con la Administración del Seguro Social para obtener información.

Si reclama cobertura para alguien que no es elegible

Si reclama la cobertura de un dependiente u otra persona que no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan, el JBT se reserva el derecho a tomar cualquier medida legalmente permitida a fin de recuperar cualquier monto pagado incorrectamente, incluyendo la retención de pago sobre reclamos futuros presentados por usted y/o sus dependientes elegibles. El JBT retendrá los pagos de beneficios por los cargos permitidos hasta que haya recuperado por completo el monto pagado por los gastos incurridos por dependientes no elegibles. Toda persona que presente un reclamo por un individuo que no es elegible debe saber que el fraude de seguros es un delito sujeto a enjuiciamiento penal.

Mantenga actualizado al Plan

Recuerde actualizar su información de inscripción en la Oficina administrativa cada vez que ocurra un cambio, por ejemplo, cada vez que cambie su dirección o nombre, o si agrega o elimina a un dependiente. El pago

de los reclamos se retrasará si su información de inscripción no está actualizada. La información de contacto de la Oficina administrativa se incluye en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento.

AVISO IMPORTANTE

Usted o sus dependientes deben proporcionar de inmediato a la Oficina administrativa información sobre el cambio de nombre, dirección, matrimonio, divorcio o separación legal, fallecimiento de cualquier familiar cubierto, nacimiento y cambio de estado de un hijo dependiente, inscripción o desafiliación de Medicare, o sobre un individuo que cumple con las disposiciones de terminación del Plan o la existencia de otra cobertura. Se requerirá prueba de documentación legal para determinados cambios.

Notifique al Plan preferiblemente dentro de los 31 días, pero a más tardar 60 días, después de que ocurra cualquiera de los eventos mencionados anteriormente.

No brindar a la Oficina administrativa una notificación oportuna de los eventos mencionados anteriormente puede:

- a. provocar que usted y/o sus hijos dependientes pierdan el derecho a obtener la Continuación de Cobertura de COBRA,
- b. provocar que la cobertura de un hijo dependiente finalice cuando, de lo contrario, podría seguir debido a una discapacidad,
- c. hacer que los reclamos no se puedan considerar para el pago hasta que se hayan resuelto los problemas de elegibilidad,
- d. resultar en su responsabilidad de reembolsar al Plan si se paga algún beneficio en nombre de una persona no elegible. El Plan tiene derecho a compensar los montos pagados con los futuros beneficios médicos, dentales o de la vista del participante.

CAPÍTULO 4: CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LA COBERTURA DE COBRA?	18
ADMINISTRADOR DE COBRA	18
ELECCIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA	18
CUANDO EMPIEZA LA COBERTURA DE COBRA	20
Período máximo de Continuación de Cobertura de COBRA	20
Procedimiento para notificar al plan sobre un Evento calificativo (información muy importante).....	20
Avisos relacionados con la Continuación de Cobertura de COBRA.....	21
CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA PROPORCIONADA	22
Niveles de cobertura	22
Pagar por la cobertura.....	22
Déficit de pago de COBRA.....	23
Pago de reclamos	23
Confirmación de cobertura antes de la elección o pago del costo de la continuación de cobertura de COBRA .	24
Crédito Fiscal por Cobertura Médica (HCTC)	24
AGREGAR A NUEVAS PERSONAS DEPENDIENTES	24
PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE OTRO PLAN DE SALUD GRUPAL	24
EXTENSIONES PARA PERÍODOS DE COBERTURA DE COBRA DE 18 MESES.....	24
Extensión del segundo Evento calificativo	25
Extensión por discapacidad	25
CUANDO FINALIZA LA COBERTURA DE COBRA	26
Aviso de terminación anticipada de COBRA.....	26
COBERTURA DEL MERCADO Y COBRA	26
MEDICARE Y COBRA.....	27
PREGUNTAS SOBRE COBRA.....	27

En virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación del Presupuesto (una ley federal comúnmente llamada COBRA), el Plan debe ofrecer a los empleados y a sus Hijos Dependientes cubiertos (llamados Beneficiarios calificados) la oportunidad de extender de forma temporal la cobertura a tarifas grupales cuando la cobertura terminaría debido a determinados eventos (llamados Eventos calificativos). No se requiere evidencia de su buena salud. Sin embargo, debe pagar la cobertura que elija. El Plan no proporciona mayores derechos en virtud de COBRA que los exigidos por la ley y nada en este capítulo tiene la intención de ampliar los derechos en virtud de COBRA de una persona.

Para obtener información sobre la Extensión médica de beneficios por discapacidad del JBT, consulte la página 14.

Procedimiento para notificar al Plan (información muy importante)

Para tener la oportunidad de elegir la Continuación de Cobertura de COBRA después de la pérdida de cobertura debido a un divorcio o separación legal, o cuando un niño deja de ser un “Hijo Dependiente” según el Plan, **usted y/o un familiar deben informar al Plan por escrito sobre ese evento a más tardar 60 días después de que ocurra el Evento calificativo**. (Más adelante puede encontrar información sobre esto, así como una definición de Evento calificativo.)

Ese aviso por escrito debe enviarse a la Oficina administrativa cuya dirección figura en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento. El aviso por escrito puede enviarse por correo de primera clase o entregarse de forma personal y debe incluir su nombre, el Evento calificativo, la fecha del evento y la documentación adecuada que respalde el Evento calificativo, por ejemplo, los documentos de divorcio.

NOTA: Si tal aviso no lo recibe la Oficina administrativa dentro del período de 60 días, usted no tendrá derecho a elegir Continuación de Cobertura de COBRA.

¿Quién es elegible para la cobertura de COBRA?

Los empleados pueden ser elegibles para la Continuación de Cobertura de COBRA cuando pierden la cobertura debido a:

- Las horas de trabajo se reducen por debajo de las 80 horas por mes requeridas para la cobertura pagada por el empleador. La reducción puede deberse a un despido, discapacidad, lesión laboral, licencia aprobada o cualquier otra razón.
- Terminación.
- Jubilación.

Los hijos dependientes pueden ser elegibles para la Continuación de Cobertura de COBRA cuando pierden la cobertura debido a:

- El empleado perdió la cobertura;
- El empleado falleció;
- El hijo ya no califica como dependiente porque tiene más de 26 años o el empleado se divorcia o se separa legalmente y esto hace que el hijo pierda la cobertura (es decir, el Hijo Dependiente era un hijastro del empleado).

Administrador de COBRA

El Administrador de COBRA es la Oficina administrativa. El nombre, dirección y número de teléfono de la Oficina administrativa se muestran en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento.

Elección de la cobertura de COBRA

Cada Beneficiario calificado **tiene el derecho independiente a elegir la** Continuación de Cobertura de COBRA cuando ocurre un Evento calificativo y, como resultado de ese Evento calificativo, la cobertura de atención médica

de esa persona finaliza, ya sea en la fecha del Evento calificativo o en una fecha posterior. Los padres/tutores legales cubiertos pueden elegir COBRA para un hijo menor. Un Beneficiario calificado también tiene los mismos derechos y oportunidades de inscripción bajo el Plan que otras personas cubiertas, incluyendo la Inscripción Especial y la Inscripción Abierta (según corresponda).

1. **“Beneficiario calificado”**: Según la ley, un Beneficiario calificado es cualquier **Empleado o Hijo Dependiente de un empleado que está cubierto por el Plan cuando ocurre un Evento calificativo** y que, por lo tanto, tiene derecho a elegir la Continuación de Cobertura de COBRA. Un hijo que se convierte en Hijo Dependiente por nacimiento, adopción o colocación para adopción con el Beneficiario calificado cubierto durante un período de Continuación de Cobertura de COBRA también es un Beneficiario calificado.
 - Un hijo del empleado cubierto que recibe beneficios según el Plan debido a una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO), durante el período de empleo del empleado, tiene los mismos derechos en virtud de COBRA que un hijo dependiente elegible.
2. **“Evento calificativo”**: Los Eventos calificativos son los que se muestran en el cuadro de abajo. Los Beneficiarios calificados tienen derecho a la Continuación de Cobertura de COBRA cuando ocurren Eventos calificativos (que se especifican en la ley) y, como resultado de los Eventos calificativos, finaliza la cobertura de ese Beneficiario calificado. **Un Evento calificativo genera la oportunidad de elegir COBRA cuando la persona cubierta PIERDE la cobertura de atención médica bajo este Plan.** Si una persona cubierta tiene un Evento calificativo pero, como resultado, **no pierde** su cobertura de atención médica bajo este Plan, (por ejemplo, el empleado sigue trabajando aunque tenga derecho a Medicare), entonces COBRA no estará disponible. **PARA ESTE PROPÓSITO, SU DESPIDO Y PÉRDIDA DE LA COBERTURA PAGADA POR EL EMPLEADOR AL FINAL DE LA TEMPORADA ES UN “EVENTO CALIFICATIVO”.**

La siguiente tabla indica los Eventos calificativos para COBRA, quién puede ser un Beneficiario calificado y el período máximo de cobertura de COBRA según ese Evento calificativo:

Evento calificativo que causa cobertura de atención médica hasta el final	Duración de COBRA para Beneficiarios calificados ¹	
	Empleado	Hijo(s) Dependiente(s)
Cese del empleado, incluyendo la jubilación.	18 meses	18 meses
Reducción de las horas trabajadas del empleado (lo cual hace que el empleado no sea elegible para la cobertura de atención médica), por ejemplo, al final de la temporada.	18 meses	18 meses
El empleado fallece.	N/A	36 meses
El empleado se divorcia o se separa legalmente (si esto hace que el Hijo Dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura).	N/A	36 meses
El Hijo Dependiente deja de tener la condición de dependiente.	N/A	36 meses

¹: Cuando el Evento calificativo de un empleado cubierto (por ejemplo, terminación del empleo o reducción de horas) ocurre dentro del período de 18 meses después de que el empleado adquiere el derecho a Medicare (derecho significa que el empleado es elegible y está inscrito en Medicare), los Hijos Dependientes cubiertos del empleado que son Beneficiarios calificados (pero no el empleado) pueden tener derecho a la cobertura de COBRA por un período máximo que finaliza 36 meses después del derecho a Medicare.

Usted tiene derecho a inscripción especial en virtud de la ley federal que le permite solicitar una inscripción especial bajo otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como un plan patrocinado por el empleador de su Cónyuge) dentro de los 30 días (o, según corresponda, 60 días) una vez que su cobertura de salud grupal finaliza debido a los Eventos calificativos que se indican en este capítulo. El derecho a inscripción especial también está disponible para usted si sigue con COBRA durante el tiempo máximo disponible para usted.

Cuando empieza la cobertura de COBRA

Si elige la cobertura de COBRA en cualquier momento durante el período de elección de 60 días, la cobertura será retroactiva a la fecha en que la perdió debido al Evento calificativo. Si usted o sus dependientes deciden renunciar a la cobertura de COBRA, no necesita notificar a la Oficina administrativa ni completar ningún formulario. Simplemente no enviará un formulario de elección de COBRA dentro del período de elección de 60 días. Recuerde, no puede elegir la cobertura de COBRA una vez que finaliza el período de elección de 60 días.

Período máximo de Continuación de Cobertura de COBRA

El período máximo de la Continuación de Cobertura de COBRA es por lo general 18 meses o 36 meses, dependiendo del Evento calificativo que haya ocurrido, y el tiempo, según este Plan, se mide a partir de la fecha en que se perdió la cobertura debido al Evento calificativo. El período de 18 meses de la Continuación de Cobertura de COBRA se puede extender hasta por 11 meses bajo determinadas circunstancias (descritas en la sección de este capítulo sobre la extensión de COBRA en casos de discapacidad). El período máximo de cobertura de COBRA puede reducirse por las razones descritas en la sección sobre “Aviso de terminación anticipada de COBRA” que aparece en la página 26 de este capítulo.

Procedimiento para notificar al plan sobre un Evento calificativo (información muy importante)

A fin de obtener cobertura bajo COBRA, existen requisitos de notificación, períodos de elección y fechas límite de pago que deben cumplirse. Estos se resumen a continuación, según el “Evento calificativo” que resultó en su derecho a elegir la cobertura de COBRA en primer lugar.

Pérdida de cobertura debido a terminación, jubilación o pérdida de horas debido a despido, licencia aprobada o discapacidad:

Aviso	Recibirá un aviso del JBT que le notificará sobre su pérdida de cobertura y le explicará sus derechos en virtud de COBRA y le dará un “formulario de elección”.
Período de elección	60 días. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso o la fecha en que se pierde la cobertura, la que sea posterior, para elegir COBRA. Si no cumple con este plazo, pierde el derecho a comprar la cobertura de COBRA.
Fecha límite de pago	El primer pago debe realizarse a más tardar 45 días después de que elija la cobertura de COBRA. El pago debe cubrir la prima desde la fecha en que se perdió la cobertura pagada por el empleador. Los pagos posteriores vencen el primer día del mes y se consideran atrasados si no se reciben dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento. Si su pago se retrasa, la cobertura se cancela hasta la fecha de vencimiento original.
Duración	18 meses más 11 adicionales si usted o su Hijo Dependiente están discapacitados.
Cobertura	Básica (médica y de medicamentos recetados) o completa (básica más dental y, para el empleado, solo vista). El Plan ofrece dos redes: Advantage y Prudent Buyer. El costo es menor si está en la red Advantage.

Fallecimiento del empleado El Hijo Dependiente pierde la cobertura porque el empleado fallece.

Aviso	Al igual que en el caso anterior, usted recibirá un aviso del JBT que le explicará sus derechos en virtud de COBRA.
Período de elección	60 días a partir de la fecha del aviso o la fecha en que se pierde la cobertura, lo que ocurra más tarde.
Fecha límite de pago	Al igual que en el caso anterior, el primer pago es 45 días después de la elección, los pagos posteriores vencen el primer día del mes y hay retrasos si no paga dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento.
Duración	Hasta 36 meses
Cobertura	Tal como se describió anteriormente, excepto que la cobertura total no incluye la vista.

El Hijo Dependiente pierde la cobertura porque cumplió 26 años o porque hubo un divorcio y el Hijo Dependiente era un hijastro del empleado.

Aviso	DIFERENTE QUE LOS CASOS ANTERIORES. El JBT NO le enviará un aviso. Debe notificar al JBT dentro de los 60 días posteriores a los eventos descritos anteriormente. Si su aviso se retrasa, pierde el derecho a comprar la cobertura de COBRA. Una vez que se haya recibido una notificación oportuna, el JBT le enviará una carta que le explicará sus derechos en virtud de COBRA y le proporcionará un formulario de elección.
Período de elección	60 días a partir de la fecha del aviso o la fecha en que se pierde la cobertura, lo que ocurra más tarde.
Fecha límite de pago	Al igual que en el caso anterior, el primer pago es 45 días después de la elección, los pagos posteriores vencen el primer día del mes y hay retrasos si no paga dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento.
Duración	Hasta 36 meses
Cobertura	Tal como se describió anteriormente, excepto que la cobertura total no incluye la vista.

Las notificaciones y los pagos deben enviarse a la Oficina administrativa a la dirección proporcionada en la Tabla de referencia rápida.

Cada uno de los temas mencionados anteriormente se describe con mayor detalle más adelante. Además, este capítulo analiza lo que sucede si hay un segundo Evento calificativo mientras está en COBRA y el impacto que la elegibilidad de Medicare puede tener en sus derechos en virtud de COBRA.

Para elegir la Continuación de Cobertura de COBRA después de la pérdida de cobertura debido a que un hijo deja de ser un “Hijo Dependiente” según el Plan, **usted y/o un familiar deben informar al Plan por escrito sobre ese evento a más tardar 60 días después de que ocurra el Evento calificativo.**

Ese aviso por escrito debe enviarse a la Oficina administrativa cuya dirección figura en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento. El aviso por escrito puede enviarse por correo de primera clase o entregarse de forma personal y debe incluir su nombre, el Evento calificativo, la fecha del evento y la documentación adecuada que respalde el Evento calificativo, por ejemplo, los documentos de divorcio.

NOTA: Si tal aviso no lo recibe la Oficina administrativa dentro del período de 60 días, el Beneficiario calificado no tendrá derecho a elegir Continuación de Cobertura de COBRA.

Su empleador debe notificar a la Oficina administrativa dentro de los 31 días posteriores a estos eventos: el fallecimiento de un empleado, la terminación del empleo, incluida la jubilación, la reducción de horas que hace que el empleado no sea elegible para la cobertura o el derecho a Medicare (si hace que el empleado no sea elegible para la cobertura). Sin embargo, **usted o su familia también deben notificar de inmediato a la Oficina administrativa por escrito** si ocurre alguno de estos eventos a fin de evitar confusiones sobre el estado de su atención médica en caso de que haya una demora o descuido al proporcionar esa notificación.

Avisos relacionados con la Continuación de Cobertura de COBRA

Cuando notifica a la Oficina administrativa sobre un Evento calificativo, la Oficina administrativa le notificará a usted y/o a sus Dependientes cubiertos la fecha en que finaliza su cobertura y la información y los formularios necesarios para elegir la Continuación de Cobertura de COBRA. **No notificar al Plan de manera oportuna puede poner en peligro los derechos de una persona a la cobertura de COBRA.** Según la ley, usted y/o sus Dependientes cubiertos tendrán solo 60 días a partir de la fecha de recepción de ese aviso para elegir la Continuación de Cobertura de COBRA.

NOTA: Si usted y/o cualquiera de sus dependientes cubiertos no elige la cobertura de COBRA dentro de los 60 días después de recibir el aviso, usted y/o ellos no tendrán cobertura de este Plan después de la fecha de finalización de la cobertura.

Para ayudar a garantizar que su cobertura de COBRA se administre de forma correcta, también debe notificar a la Oficina administrativa sobre su inscripción o la de sus dependientes en Medicare.

Si notifica a la Oficina administrativa sobre un Evento calificativo, pero se determina que una persona no tiene derecho a la cobertura de COBRA solicitada, se le enviará una explicación que describa por qué la cobertura de COBRA no está disponible. Este aviso de indisponibilidad de la cobertura de COBRA se enviará de acuerdo con el mismo período de tiempo que un aviso de elección de COBRA.

Continuación de Cobertura de COBRA proporcionada

Si elige la Continuación de Cobertura de COBRA, tendrá derecho a la misma cobertura de salud que tenía cuando ocurrió el evento que provocó la finalización de su cobertura de salud según el Plan, pero usted o su Dependiente deberán pagarla mensualmente. Consulte la sección sobre cómo pagar la Continuación de Cobertura de COBRA que aparece más adelante en este capítulo para obtener información sobre cuánto le costará la Continuación de Cobertura de COBRA y sobre los períodos de gracia para el pago de esos montos. Si hay un cambio en la cobertura médica que proporciona el Plan a los empleados activos en situación similar y sus familias, ese mismo cambio se aplicará a su Continuación de Cobertura de COBRA.

Niveles de cobertura

Puede elegir y pagar uno de los dos niveles de cobertura de COBRA:

Solo cobertura médica y de medicamentos recetados, o

Cobertura médica y de medicamentos recetados más cobertura dental y de la vista.

Sus pagos de COBRA serán más altos si elige la opción que incluye cobertura dental y de la vista.

Si se cambia la cobertura del Plan para los empleados activos mientras usted o sus dependientes están en la cobertura de COBRA, los mismos cambios se aplicarán a usted y sus dependientes.

Pagar por la cobertura

Si elige la continuación de cobertura de COBRA, pagará el costo total de la cobertura para usted y sus dependientes más una tarifa administrativa del 2%, en otras palabras, el 102% del costo. Si está discapacitado y califica para la extensión de COBRA, el costo de la Continuación de Cobertura de COBRA durante los 11 meses adicionales (desde el mes 19 al 29 de la cobertura de COBRA) será del 150% del costo. El costo de COBRA lo determina anualmente la Junta de Fideicomisarios del JBT.

A cada persona se le informará el cargo en dólares exacto por la Continuación de Cobertura de COBRA que esté en vigor al momento en que tenga derecho a ella. El costo de la Continuación de Cobertura de COBRA puede estar sujeto a aumentos futuros durante el período en que permanece vigente.

El **primer pago de la Continuación de Cobertura de COBRA** debe efectuarse a la Oficina administrativa (la dirección está en la página 3) **a más tardar 45 días** después de que se elija la Continuación de Cobertura de COBRA (si se envía por correo, se considera la fecha del matasellos que lleva el Formulario de elección). Si este pago no se realiza a su vencimiento, la Continuación de Cobertura de COBRA no entrará en vigencia. El primer pago cubre el costo de la cobertura de COBRA de forma retroactiva a la fecha en que finalizó la cobertura pagada por su empleador. Usted es responsable de asegurarse de que el monto de su primer pago sea suficiente para cubrir todo este período. Puede comunicarse con la Oficina administrativa para confirmar el monto correcto de su primer pago. Si el primer pago no se recibe al final del período de gracia de 45 días después de la elección de COBRA, su cobertura de COBRA no entrará en vigencia y deberá pagar los gastos de atención médica incurridos durante ese período.

Después de realizar el primer pago, los **pagos posteriores de COBRA** vencen el primer día de cada mes. Los pagos se consideran atrasados si no se reciben dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento (un

período de gracia de 30 días). Si alguno de sus pagos de COBRA se atrasa, la Continuación de Cobertura de COBRA se cancelará a partir de la fecha de vencimiento y perderá todos sus derechos de cobertura de COBRA. El pago se considera realizado cuando tiene matasellos.

IMPORTANTE

**No habrá facturas ni recordatorios de pago para los pagos de primas de COBRA.
Usted es responsable de asegurarse de que los pagos de las primas de COBRA se realicen
a tiempo en la Oficina administrativa.**

Déficit de pago de COBRA

Déficit significativo en el pago: Si usted o su dependiente envía una contribución mensual oportuna a la Oficina administrativa que es **significativamente menor** que el pago real de COBRA adeudado para el mes, su cobertura de COBRA o la de sus dependientes se cancelará de inmediato. Se considerará que el pago de una prima es **significativamente menor** que el pago de la prima requerida si el déficit excede los \$50 o el 10% del pago de prima de COBRA requerida, lo que se menor.

Déficit no significativo en el pago: Si el déficit no es significativo, la Oficina administrativa notificará al Beneficiario calificado el monto del déficit y permitirá un período razonable de 30 días para pagarlo. Usted o su dependiente son responsables de pagar todos los déficits.

- Si el **déficit se paga** en el período de 30 días, la continuación de cobertura de COBRA seguirá durante el mes en que ocurrió el déficit.
- Si el **déficit no se paga** en el período de 30 días, la continuación de cobertura de COBRA finalizará a partir de la fecha para la cual se realizó el último pago total de la prima de COBRA. Su pago incompleto le será reembolsado.

Si tiene alguna pregunta sobre COBRA o si necesita formularios adicionales, llame a la Oficina administrativa al número de teléfono que figura en la página 3.

Pago de reclamos

Una vez que se inscribe en la continuación de cobertura de COBRA y paga el primer pago de la prima, los reclamos son pagaderos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de COBRA. El Plan seguirá pagando reclamos mientras dure su Continuación de Cobertura de COBRA, siempre y cuando pague las primas mensuales a tiempo sin un déficit significativo.

Si usted o sus dependientes no eligen la cobertura de COBRA ni pagan la prima, el Plan no pagará los beneficios por los gastos en los que haya incurrido usted o sus dependientes después de la fecha de finalización de la cobertura. Excepto tal como se describe en la Extensión médica de beneficios, esto se aplica a las condiciones de discapacidad que se traten antes de que finalice la cobertura.

Confirmación de cobertura antes de la elección o pago del costo de la continuación de cobertura de COBRA

Si un proveedor de atención médica solicita la confirmación de la cobertura y usted o sus Hijos Dependientes han elegido la Continuación de Cobertura de COBRA y el monto requerido para la Continuación de Cobertura de COBRA no se ha pagado mientras el período de gracia inicial todavía está vigente o si usted o sus Dependientes están dentro del período de elección de COBRA pero todavía no han elegido COBRA, la Continuación de Cobertura de COBRA se confirmará, pero con un aviso al proveedor de atención médica de que el costo de la Continuación de Cobertura de COBRA no ha sido pagado, que no se pagará ningún reclamo hasta que se reciban los montos adeudados, y que la Continuación de Cobertura de COBRA terminará a partir de la fecha de vencimiento de cualquier monto no pagado si el pago del monto adeudado no se recibe al final del período de gracia.

Crédito Fiscal por Cobertura Médica (HCTC)

La Ley de Comercio de 2002 creó un crédito fiscal (el Crédito Fiscal por Cobertura Médica o “HCTC”) para determinadas personas que son elegibles para recibir asistencia de ajuste comercial y para determinados empleados jubilados que reciben pagos de pensión de Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC) o los familiares sobrevivientes de dichos individuos. Las personas elegibles pueden recibir un crédito fiscal u obtener el pago por adelantado del 72.5% de las primas pagadas por un seguro médico calificado, incluyendo COBRA. Si bien la HCTC expiró el 1 de enero de 2014, se restableció para que entre en vigencia para los períodos de cobertura hasta el 2019 y se extendió nuevamente hasta el 2020. Para obtener más información, visite el sitio web www.irs.gov/HCTC.

Agregar a nuevas personas dependientes

Si, mientras está inscrito en la Continuación de Cobertura de COBRA (es decir, eligió a tiempo y pagó la prima), tiene un hijo recién nacido, adopta un hijo o un niño es colocado con usted en adopción, puede inscribir a ese niño en la Continuación de Cobertura de COBRA siempre y cuando lo haga dentro de los 31 días posteriores al nacimiento, adopción o colocación en adopción. El niño tendrá derecho a la cobertura durante el tiempo restante de COBRA. Comuníquese con la Oficina administrativa para agregar a un dependiente.

Pérdida de la cobertura de otro plan de salud grupal

Si su dependiente pierde la cobertura de otro plan de salud grupal mientras tiene la Continuación de Cobertura de COBRA, usted puede inscribir al dependiente para la cobertura por el saldo del período de la Continuación de Cobertura de COBRA. El dependiente debe haber sido elegible pero no estar inscrito en la cobertura según los términos del Plan y, cuando la inscripción se ofreció previamente en virtud del Plan y se rechazó, el dependiente debe haber tenido cobertura de otro plan de salud grupal o de otro seguro médico.

La pérdida de cobertura debe deberse al agotamiento de la Continuación de Cobertura de COBRA bajo otro plan, la terminación como resultado de la pérdida de elegibilidad para la cobertura o la terminación como resultado de las contribuciones del empleador a la otra cobertura que está terminando. La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida debido a que el individuo o participante no paga las primas de manera oportuna o la terminación de la cobertura por una causa justificada. Debe inscribir al dependiente dentro de los 31 días posteriores a la finalización de la otra cobertura.

La pérdida de cobertura también incluye a un dependiente que pierde cobertura a través de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP). La inscripción en COBRA debe solicitarse dentro de los 60 días posteriores a la finalización de cobertura de Medicaid o CHIP.

A fin de solicitar la inscripción en COBRA para un dependiente elegible bajo la Inscripción Especial, el Beneficiario calificado debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días (60 días para CHIP) después de la fecha en que el dependiente se vuelve elegible por primera vez para la Inscripción Especial, al comunicarse con la Oficina administrativa y completar y enviar un formulario de inscripción.

Extensiones para períodos de cobertura de COBRA de 18 meses

El período de cobertura de 18 meses puede extenderse en las siguientes circunstancias:

Extensión del segundo Evento calificativo

Si sus dependientes tienen derecho a la cobertura de COBRA como resultado de su despido o reducción de horas, y luego experimentan un segundo Evento calificativo dentro de este período de 18 meses que habría resultado en una pérdida de cobertura si no fuera por la cobertura de COBRA, la cobertura puede extenderse por 18 meses adicionales, por un período de cobertura total de COBRA de hasta 36 meses desde el Evento calificativo inicial.

Los segundos Eventos calificativos pueden incluir el fallecimiento, divorcio o separación legal del empleado cubierto, o un Hijo Dependiente que deja de ser elegible para la cobertura como dependiente bajo el plan de salud grupal.

A fin de extender COBRA cuando ocurre un segundo Evento calificativo, usted o su Beneficiario calificado deben notificar a la Oficina administrativa por escrito dentro de los 60 días posteriores a un segundo Evento calificativo. No notificar al Plan de manera oportuna puede poner en peligro los derechos de una persona a extender la cobertura de COBRA. El aviso por escrito debe incluir su nombre, el segundo Evento calificativo, la fecha del segundo Evento Calificativo y la documentación adecuada que respalde el segundo Evento calificativo.

Este período extendido de Continuación de Cobertura de COBRA está disponible para cualquier niño nacido, adoptado o colocado en adopción con usted (el empleado cubierto) durante el período de 18 meses de la Continuación de Cobertura de COBRA.

En ningún caso un Empleado cuyo empleo terminó o que tuvo una reducción en sus horas tendrá derecho a la Continuación de Cobertura de COBRA por más de un total de 18 meses (a menos que el Empleado tenga derecho a un período adicional de hasta 11 meses de Continuación de Cobertura de COBRA por razón de discapacidad tal como se describe a continuación). Como resultado, si un Empleado experimenta una reducción de horas seguida de la terminación del empleo, la terminación del empleo no se tratará como un segundo Evento calificativo y COBRA no se podrá extender más allá de los 18 meses desde el Evento calificativo inicial.

En ningún caso se extenderá la Continuación de Cobertura de COBRA por más de un total de 36 meses.

Extensión por discapacidad

Si usted o sus dependientes cubiertos estaban discapacitados (según lo que determinó la Administración del Seguro Social) en la fecha del evento calificativo o en cualquier momento durante los primeros 60 días después de la fecha de su evento calificativo de COBRA, usted y sus dependientes pueden seguir con la cobertura de COBRA hasta por 29 meses (11 meses más los 18 meses normales de COBRA). Durante los meses 19 al 29, usted pagará una prima más alta (150% del costo total). Esta extensión está disponible solo si la Administración del Seguro Social determina que la discapacidad de la persona empezó en algún momento antes del día 60 de la Continuación de Cobertura de COBRA; y la discapacidad dura al menos hasta el final del período de 18 meses de la Continuación de Cobertura de COBRA.

Debe enviar una notificación por escrito de la determinación de discapacidad del Seguro Social a la Oficina administrativa a más tardar 60 días después de la pérdida de cobertura o de la fecha en que usted o su dependiente recibieron la determinación del Seguro Social (lo que ocurra más tarde). No notificar al Plan de manera oportuna puede poner en peligro los derechos de una persona a extender la cobertura de COBRA. El aviso por escrito debe incluir su nombre, el nombre de la persona discapacitada, la solicitud de extensión de COBRA debido a una discapacidad, la fecha en que empezó la discapacidad y la documentación adecuada que respalde la discapacidad, incluyendo una copia de la documentación escrita de la Administración del Seguro Social respecto a la discapacidad. El aviso lo debe recibir la Oficina administrativa antes de que finalice el período de Continuación de COBRA de 18 meses.

Ejemplo: Después de trabajar 80 horas en octubre de 2019, está discapacitado. Usted tiene cobertura pagada por el empleador en noviembre de 2019 (según el trabajo de octubre). Si elige la cobertura de COBRA, pagará las tarifas normales de COBRA durante los próximos dieciocho meses (de diciembre de 2019 a mayo de 2021). Al final de este período, si todavía está discapacitado según lo determine la Administración del Seguro Social, puede seguir con su cobertura de COBRA por 11 meses adicionales (de junio de 2021 a abril de 2022) si paga la tarifa de prima más alta de COBRA correspondiente a extensión por discapacidad.

Los niños recién nacidos y adoptados que la Administración del Seguro Social determina que están discapacitados dentro de los primeros 60 días del nacimiento o colocación en adopción se consideran discapacitados dentro de los primeros 60 días de la cobertura de COBRA.

Usted o sus dependientes son responsables de notificar a la Oficina administrativa dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social y antes del final del período inicial de 18 meses de cobertura de COBRA. La información de contacto de la Oficina administrativa se incluye en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento:

Si se determinó que usted o sus dependientes estaban discapacitados antes de que empezara la cobertura de COBRA, la extensión es válida siempre y cuando la determinación todavía esté vigente el primer día de cobertura de COBRA.

Si usted o sus dependientes tienen cobertura de COBRA extendida debido a una discapacidad, debe notificar a la Oficina administrativa dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que usted o su dependiente reciben la determinación de la Administración del Seguro Social de que usted o su dependiente ya no están discapacitados. La extensión por discapacidad terminará el primer día del mes que sea más de 30 días después de que finalice la discapacidad. Debe enviar su aviso a la Oficina administrativa.

Cuando finaliza la cobertura de COBRA

La cobertura de COBRA **terminará según el evento que sea más pronto** entre:

- a. El final del período de 18, 29 o 36 meses;
- b. La fecha en que un pago de la cobertura de COBRA **no se paga en su totalidad y a tiempo**;
- c. La fecha en que el Beneficiario calificado pasa a estar cubierto, después de la elección de COBRA, bajo otro plan grupal;
- d. La fecha en que el Beneficiario calificado pasa a estar cubierto, después de la elección de COBRA, bajo la Parte A o Parte B de Medicare (la cobertura de COBRA finaliza solo para la persona que pasa a estar cubierta por Medicare);
- e. El primer día del mes que empieza más de 30 días después de la fecha en que se determina que una persona con extensión por discapacidad de 29 meses descrita anteriormente ya no está discapacitada de acuerdo con la Administración del Seguro Social;
- f. La fecha en la que el JBT determine que la cobertura de su Plan terminará debido a fraude o tergiversación intencional, o porque, a sabiendas, usted proporcionó al JBT o a la Oficina administrativa información material falsa incluyendo, entre otras, información relacionada con la elegibilidad de otra persona para la cobertura o el estado como dependiente. El JBT tiene derecho, después de proporcionar un aviso por escrito con 30 días de anticipación, a rescindir la cobertura hasta su fecha de vigencia.
- g. La fecha en que el JBT ya no brinda cobertura médica grupal a ningún participante.

Aviso de terminación anticipada de COBRA

Si la cobertura de COBRA finaliza antes del período de cobertura de 18, 29 o 36 meses, la Oficina administrativa proporcionará un aviso a las personas afectadas tan pronto como sea posible después de la determinación de la Oficina administrativa respecto a la finalización de la cobertura de COBRA. El aviso explicará el motivo de la terminación anticipada, la fecha de la terminación y la disponibilidad de cobertura individual o grupal alternativa, si la hubiera.

Si está discapacitado cuando finaliza toda la cobertura conforme al beneficio médico, es posible que tenga derecho a beneficios extendidos. Para obtener información, consulte el Capítulo 3: Elegibilidad y participación.

Cobertura del mercado y COBRA

Si se inscribe en la Continuación de Cobertura de COBRA, puede cambiarse a un plan del Mercado durante un

período de inscripción abierta del Mercado. También puede finalizar su Continuación de Cobertura de COBRA antes de tiempo y cambiarse a un plan del Mercado si tiene otro Evento calificativo, como un matrimonio o nacimiento de un hijo, a través de algo que se conoce como “período de inscripción especial”. Sin embargo, tenga cuidado: si termina su Continuación de Cobertura de COBRA antes de tiempo sin otro Evento calificativo, tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado hasta el próximo período de inscripción abierta, y podría terminar sin una cobertura médica en el ínterin.

Una vez que haya agotado su Continuación de Cobertura de COBRA y que la cobertura caduque, usted será elegible para inscribirse en la cobertura del Mercado a través de un período de inscripción especial, incluso si la inscripción abierta del Mercado ha finalizado.

Si se inscribe en la cobertura del Mercado en lugar de optar por la Continuación de Cobertura de COBRA, no podrá cambiarse a la Continuación de Cobertura de COBRA bajo ninguna circunstancia.

Medicare y COBRA

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía sigue trabajando, después del período de inscripción inicial para la Parte A o B de Medicare, tendrá un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse, empezando según el primero de los siguientes:¹

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en la Parte B de Medicare y elige la Continuación de Cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la Continuación de Cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la Continuación de Cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su Continuación de Cobertura.

Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de vigencia de COBRA o antes, es posible que la cobertura de COBRA no se suspenda debido al derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de vigencia de COBRA.

Si está inscrito tanto en la Continuación de Cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare por lo general pagará primero (pagador principal) y COBRA pagará después.

Para obtener más información, visite el sitio web <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Preguntas sobre COBRA

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de ERISA, COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de la EBSA están disponibles en este sitio web.

Una vez que la cobertura de COBRA termina anticipadamente, no se puede restablecer. No hay oportunidad de pasar a un plan de salud individual una vez que COBRA finaliza bajo este Plan.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>. Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

CAPÍTULO 5: GESTIÓN DE USO

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA EN DETERMINADAS SITUACIONES.....	30
¿CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA?	33
Hospitalización de emergencia	34
Revisión concurrente (estadía continua).....	34
Administración de casos	34
Apelar una determinación de UM (proceso de apelaciones):	35
RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE LA AUTORIZACIÓN PREVIA	35

Se requiere autorización previa en determinadas situaciones

La revisión de autorización previa es un procedimiento, administrado por diversas organizaciones de revisión bajo contrato con el JBT (que se indica en la Tabla de requisitos de autorización previa a continuación), para garantizar que los servicios de atención médica cumplan o superen los estándares aceptados de atención y que la admisión y duración de la estadía en un hospital o centro de atención médica, la cirugía y otros servicios de atención médica sean médicamente necesarios. Durante el proceso de autorización previa, la compañía de revisión también puede proporcionar orientación sobre la ubicación de los proveedores dentro de la red.

La autorización previa también se conoce como predeterminación, revisión previa al servicio, autorización previa, certificación previa, certificación anterior, autorización anterior, revisión previa a la admisión o aprobación previa.

Para evitar una sanción económica, los siguientes servicios deben tener autorización previa (aprobación previa) ANTES de que se brinden los servicios. **Las multas financieras por no dar autorización previa a los servicios no se acumulan para cumplir con su límite anual de gastos de bolsillo.** La información de contacto de cada Organización de revisión correspondiente se incluye en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento.

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA DEL PLAN		
Servicio que requiere autorización previa	Organización de revisión correspondiente a la cual contactar para autorización previa	Sanción por no dar autorización previa al servicio
1. Todas las admisiones hospitalarias electivas (que no sean de emergencia) para atención médica o quirúrgica. <i>(Nota: en el caso de las mujeres embarazadas, se requiere autorización previa para un parto solo para las estancias en el hospital que duren, o que se espera que duren, más de 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea.)</i> <i>Si bien la autorización previa <u>no</u> es necesaria para un embarazo, se recomienda que llame a Anthem al menos dos meses antes de la fecha de parto.</i>	Anthem Blue Cross	Si no se comunica con Anthem al menos tres días hábiles antes de una admisión hospitalaria que no sea de emergencia, sus beneficios hospitalarios se reducirán en un 50%. No se pagarán beneficios por una estadía en el hospital que Anthem determine que no es médicamente necesaria, incluyendo los días en el hospital que no estén certificados como necesarios.
2. Todas las admisiones hospitalarias electivas (que no sean de emergencia) y las admisiones al programa de tratamiento residencial para atención de salud mental.	Anthem Blue Cross	Los beneficios pagaderos por el Plan se reducirán en un 50%. Si se determina que la admisión no es médicamente necesaria, no se proporcionará ningún beneficio.
3. Todas las admisiones hospitalarias electivas (que no sean de emergencia) y las admisiones al programa de tratamiento residencial para atención por abuso de sustancias.	Programa de Rehabilitación de Alcohol de Teamsters (TARP)	El tratamiento lo debe aprobar el TARP para que se paguen los beneficios.
4. Todas las admisiones electivas (que no sean de emergencia) a un centro de enfermería especializada, un centro para pacientes subagudos o un centro de cuidados agudos a largo plazo.	Anthem Blue Cross	Los beneficios pagaderos por el Plan se reducirán en un 50%. Si se determina que la admisión no es médicamente necesaria, no se proporcionará ningún beneficio.
5. Todas las admisiones a cualquier tipo de centro de atención médica para rehabilitación hospitalaria.	Anthem Blue Cross	Los beneficios pagaderos por el Plan se reducirán en un 50%. Si se determina que la admisión no es médicamente necesaria, no se proporcionará ningún beneficio.

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA DEL PLAN		
Servicio que requiere autorización previa	Organización de revisión correspondiente a la cual contactar para autorización previa	Sanción por no dar autorización previa al servicio
La autorización previa no implica que los beneficios sean pagaderos en todos los casos. La cobertura del Plan depende de los servicios que realmente se brindan, su estado de elegibilidad al momento en que se brinda el servicio y cualquier limitación de beneficios aplicable.		
6. Equipo médico duradero (DME) de más de \$1,000, como estimulador de crecimiento óseo, bomba de insulina, dispositivos de compresión neumática, sillas de ruedas, dispositivos de calentamiento/enfriamiento, además de dispositivos correctivos, incluidos dispositivos protésicos y dispositivos ortopédicos.	Oficina administrativa	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
7. Toda visita de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla después de la visita de terapia 20 por año y cualquier servicio de acupuntura después de la visita 20 por año.	Oficina administrativa	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el servicio no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
8. Toda la atención médica domiciliaria y todos los servicios de infusión domiciliaria necesarios después de una admisión al hospital.	Anthem Blue Cross	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
9. Su participación en un ensayo clínico. La autorización previa permite que el Plan comprenda qué costos de rutina se pagarán y se asociarán con un “ensayo clínico aprobado” relacionado con el cáncer u otras enfermedades potencialmente mortales.	Anthem Blue Cross y la Oficina administrativa	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
10. Determinados medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se obtienen al por menor. La lista de medicamentos que requieren autorización previa puede cambiar de vez en cuando. Para obtener una lista más actualizada, comuníquese con el Administrador de Beneficios de Farmacia. Consulte el Capítulo 7: Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para obtener más detalles.	Administrador de Beneficios de Farmacia	No pago del medicamento
La autorización previa no siempre implica que los beneficios sean pagaderos. La cobertura del plan depende de los servicios que realmente se brindan, su estado de elegibilidad al momento en que se brinda el servicio y las limitaciones de los beneficios.		

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA DEL PLAN		
Servicio que requiere autorización previa	Organización de revisión correspondiente a la cual contactar para autorización previa	Sanción por no dar autorización previa al servicio
11. Trasplantes de órganos humanos, médula ósea y/o células madre.	Anthem Blue Cross	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio. Muchos de estos procedimientos involucran hospitalización para la cual se requiere autorización previa y, si no se obtienen los beneficios del centro, los cargos están sujetos a una multa del 50%. Dada la complejidad y el costo de estos procedimientos, incluso los que se realizan de forma ambulatoria deben tener una autorización previa a fin de evitar una determinación posterior de que no eran médicamente necesarios y, por lo tanto, no estaban cubiertos.
12. Determinados servicios de diagnóstico, como prueba de rotura de membranas, pruebas de resonancia magnética/tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones/ecografías/tomografía computarizada por emisión de fotón único, ciertas pruebas genéticas.	Anthem Blue Cross	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
13. Determinados tratamientos ambulatorios y procedimientos quirúrgicos ambulatorios, incluida la nutrición enteral y parenteral	Anthem Blue Cross	No hay sanción actualmente en vigor. Si se determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
14. Se prevé que los servicios de beneficios dentales cuesten \$500 o más. Si se prevé que el plan de tratamiento delineado por su dentista, incluyendo los exámenes y radiografías, cueste \$500 o más, debe obtener una autorización previa de la Oficina administrativa a fin de determinar si los procedimientos estarán cubiertos. Consulte Predeterminación de los beneficios dentales en la página 85 para obtener más detalles.	Oficina administrativa	Si se determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, no se proporcionará ningún beneficio.
La autorización previa no siempre implica que los beneficios sean pagaderos. La cobertura del plan depende de los servicios que realmente se brindan, su estado de elegibilidad en el momento en que se brinda el servicio y las limitaciones de los beneficios.		

Las diversas organizaciones de revisión que se indican en la tabla de autorización previa no certifican su elegibilidad para la cobertura ni determinan sus beneficios. Si tiene preguntas sobre elegibilidad o cobertura, llame a la Oficina administrativa al 1-800-528-4357 (1-800-JBT-HELP).

¿Cómo funciona la autorización previa?

Usted y/o su proveedor deben llamar a la organización de revisión correspondiente (consulte más arriba la tabla de requisitos de autorización previa) **al menos 7 a 10 días antes** (y al menos tres días hábiles antes de cualquier hospitalización electiva que no sea de emergencia) **de una admisión o servicio programado que necesita autorización previa**. Si realiza la llamada a la organización de revisión correspondiente, identifíquese como miembro del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos (JBT) y proporcione:

- Su nombre y número de Seguro Social o número de identificación de miembro;
- El nombre, dirección y fecha de nacimiento del paciente;
- Los nombres, direcciones y números de teléfono del Proveedor y/o del Hospital o centro de atención médica;
- El motivo de la hospitalización o servicio de atención médica propuesto;
- La fecha de la hospitalización o servicio de atención médica propuesto.

Si se necesita información adicional, como registros médicos, la organización de revisión correspondiente se lo informará a la persona que llama.

La organización de revisión correspondiente revisará la información proporcionada y le permitirá a usted, a su proveedor de atención médica y al hospital u otro proveedor de atención médica, y al Administrador de Reclamos, saber si la admisión o los servicios de atención médica propuestos han recibido autorización previa o no. La organización de revisión correspondiente por lo general responderá por teléfono a su proveedor de atención médica tratante dentro de los 3 días hábiles (pero a más tardar 15 días calendario) después de recibir la solicitud de autorización previa. Toda determinación de revisión adversa se le comunicará a usted y a su proveedor de atención médica por escrito.

Si no recibe el servicio con autorización previa dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el servicio recibió la autorización, o si la naturaleza del servicio que recibió autorización previa ha cambiado, deberá obtener una nueva autorización previa.

Si la organización de revisión correspondiente solicita que obtenga una segunda opinión, el Plan pagará en su totalidad el costo de la segunda opinión.

Si su Proveedor llama para dar la autorización previa, asegúrese de hacer un seguimiento para asegurarse de que se completó la autorización previa.

**RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD ASEGURARSE
de que su admisión u otro servicio de atención médica propuesto tenga autorización previa.**

Tenga en cuenta que la autorización previa no garantiza el pago de beneficios por diversas razones, tales como: la información enviada durante la autorización previa varía de los servicios reales prestados, el servicio realmente prestado no es un beneficio cubierto y/o usted no es elegible para los beneficios en la fecha en que ocurrió el servicio.

Si se le niega la admisión o el servicio de atención médica durante el proceso de autorización previa, usted y su proveedor de atención médica recibirán una confirmación por escrito e información sobre cómo apelar esa determinación previa al servicio. Consulte también el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones sobre apelar un reclamo previo al servicio denegado.

El propósito de la autorización previa del hospital es garantizar que reciba atención en el entorno más adecuado. En algunos casos, una alternativa de menor costo al tratamiento o servicio que está considerando puede ser apropiada. Por ejemplo, algunos procedimientos quirúrgicos de rutina se pueden realizar con seguridad de forma ambulatoria; es posible que no necesite hospitalización para un tratamiento eficaz.

Hospitalización de emergencia

Si una emergencia requiere hospitalización, es posible que no haya tiempo para comunicarse con la organización de revisión correspondiente antes de su ingreso. Si esto sucede, **la organización de revisión correspondiente debe ser notificada sobre la admisión al Hospital dentro de las 48 horas posteriores a la admisión.** Usted, su proveedor de atención médica, el hospital, un familiar o un amigo pueden realizar esa llamada telefónica a la organización de revisión correspondiente. Esto permitirá que la organización de revisión lo ayude con sus planes de alta, determine la necesidad de servicios médicos continuos y/o informe a sus proveedores de atención médica sobre los diversos proveedores de apoyo y beneficios dentro de la red disponibles para usted, y ofrezca recomendaciones, opciones y alternativas para su atención médica continua.

No es necesario dar autorización previa si realiza una visita a la sala de emergencias (ER) en un hospital.

Embarazos (No es necesario una autorización previa)

Las mujeres embarazadas deben notificar a Anthem lo antes posible una vez que sepan que están embarazadas (y al menos dos meses antes de la fecha de parto). Esto permitirá a la organización de revisión trabajar con el proveedor de atención médica tratante a fin de monitorear los factores de embarazo de alto riesgo y ayudar a la mujer embarazada a completar los pasos para ayudar a garantizar que los beneficios del plan estén disponibles para el recién nacido.

Revisión concurrente (estadía continua)

¿Cómo funciona la revisión concurrente (estadía continua)?

1. Cuando reciba servicios médicos en un Hospital u otro centro de atención médica para pacientes hospitalizados, la organización de revisión correspondiente controlará su estadía al comunicarse con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que la continuación de los servicios médicos en el centro de atención médica sea médicamente necesaria y para ayudar su atención médica con los beneficios disponibles bajo el Plan.
2. La revisión concurrente puede incluir la coordinación de los servicios de atención médica domiciliaria o la provisión de equipo médico duradero, la asistencia con los planes de alta, la determinación de la necesidad de servicios médicos continuos; y/o asesorar a sus proveedores de atención médica sobre las diversas opciones y alternativas para su atención médica disponibles bajo este Plan.
3. Si en algún momento se determina que su estadía o servicios NO son médicamente necesarios y que la atención podría brindarse de manera segura y efectiva en otro entorno, como a través de atención médica domiciliaria o en otro tipo de centro de atención médica, usted y su proveedor de atención médica serán notificados. Esto no implica que deba dejar el Hospital o dejar de recibir los servicios; no obstante, si elige quedarse o seguir con los servicios, todos los gastos incurridos después de la notificación serán su responsabilidad. Si se determina que su estadía en el Hospital o sus servicios no fueron médicamente necesarios, no se pagarán beneficios por ningún gasto hospitalario, médico o quirúrgico relacionado.

Administración de casos

¿Cómo funciona la administración de casos? La administración de casos es un proceso voluntario que lo gestiona la organización de revisión correspondiente. Sus profesionales médicos trabajan con el paciente, la familia, los cuidadores, los proveedores de atención médica, los Administradores de Reclamos y la Oficina administrativa a fin de coordinar un programa de tratamiento oportuno y rentable. Los servicios de administración de casos son particularmente útiles cuando el paciente necesita servicios complejos, costosos y/o de alta tecnología, y cuando se necesita asistencia para guiar a los pacientes a través de un laberinto de posibles proveedores de atención médica.

Trabajar con el administrador de casos. Todo participante del Plan, médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar servicios de administración de casos al llamar a la organización de revisión correspondiente al número de teléfono que se muestra en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la organización de revisión correspondiente buscará de forma activa aquellos casos en los que el paciente pueda beneficiarse de los servicios de Administración de Casos e iniciará los servicios de Administración de Casos automáticamente.

El Administrador de Casos de la organización de revisión correspondiente trabajará de forma directa con su proveedor de atención médica, hospital y/u otro centro de atención médica a fin de revisar los planes de tratamiento propuestos y ayudar a coordinar los servicios y obtener descuentos de proveedores de atención médica fuera de la red según sea necesario. De vez en cuando, el Administrador de Casos puede consultar con sus proveedores de atención médica y puede comunicarse con usted o su familia para ayudarlo a hacer planes a fin de seguir con los servicios de atención médica y ayudarlo a obtener información que facilite esos servicios.

Usted, su familia o su proveedor de atención médica pueden llamar al Administrador de Casos de la organización de revisión correspondiente en cualquier momento al número de teléfono que se muestra en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento para hacer preguntas, sugerencias u ofrecer información.

Apelar una determinación de UM (proceso de apelaciones):

Usted puede apelar cualquier decisión de revisión adversa que se tome durante los procesos de autorización previa, revisión concurrente o Administración de Casos descritos en este capítulo. Para apelar a un reclamo/factura antes del servicio, de atención urgente, concurrente o posterior al servicio denegado, consulte el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones de este documento.

Restricciones y limitaciones de la autorización previa

1. El hecho de que su proveedor de atención médica recomiende un tratamiento ambulatorio u hospitalario o que su proveedor de atención médica proponga o proporcione otros servicios o suministros de atención médica no significa que los servicios o suministros recomendados serán un gasto elegible o se considerarán médicamente necesarios para determinar cobertura bajo el Plan.
2. La autorización previa no tiene como objetivo diagnosticar o tratar condiciones de salud, validar la elegibilidad para la cobertura o garantizar el pago de los beneficios del Plan. La certificación de la organización de revisión de que un servicio es médicamente necesario no implica que el pago de un beneficio esté garantizado. La elegibilidad y el pago real de los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Plan tal como se describe en este documento. Por ejemplo, los beneficios no serían pagaderos si su elegibilidad para la cobertura finalizara antes de que se prestasen los servicios o si los servicios no estuvieran cubiertos por el Plan, ya sea en su totalidad o en parte.
3. Todas las decisiones sobre el tratamiento dependen de usted y de su proveedor de atención médica. Debe seguir cualquier curso de tratamiento que usted y su proveedor de atención médica consideren más apropiado, incluso si la organización de revisión no certifica el tratamiento/servicio propuesto o la admisión como médicamente necesario o como un gasto elegible. Sin embargo, los beneficios pagaderos por el Plan pueden verse afectados por la determinación de la organización de revisión.
4. Con respecto a la administración de este Plan, la Junta de Fideicomisarios y la organización de revisión correspondiente no se dedican a la práctica de la medicina, y ninguno de ellos asume la responsabilidad ni de la calidad de los servicios de atención médica realmente brindados, incluso si han sido certificados por una organización de revisión como médicamente necesarios, ni de los resultados si el paciente opta por no recibir los servicios que no hayan sido certificados como medicamente necesarios.
5. Una vez más, la **autorización previa de un tratamiento/servicio no garantiza que el Plan pagará beneficios por ese servicio** debido a que otros factores, como la no elegibilidad para la cobertura en la fecha real del servicio, la información presentada durante la autorización previa varía de los servicios reales prestados en la fecha del servicio, y/o el servicio prestado no es un beneficio cubierto, pueden ser un factor para el no pago de un servicio.

CAPÍTULO 6: BENEFICIOS MÉDICOS

ELECCIÓN DE REDES DE PLANES.....	38
Red de mamografías	38
ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS.....	38
No a la discriminación en la atención médica	65
Se aplican cargos permitidos máximos para procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla	65
Sitio basado en el valor.....	65
Proceso de excepciones.....	66
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS MÉDICOS: ¿QUÉ NO CUBRE EL BENEFICIO MÉDICO?	66

Elección de redes de planes

Durante la Inscripción Abierta, puede elegir entre una de las dos opciones de redes de Anthem Blue Cross

- **Prudent Buyer:** la red que incluye médicos, hospitales y proveedores ambulatorios de Sutter Health.
- **Advantage:** la red **no incluye** a médicos, hospitales y proveedores ambulatorios afiliados a Sutter Health.

Los beneficios son los mismos, solo que las redes son diferentes. Sin embargo, debido a que la red “Prudent Buyer” incluye clínicas, médicos, hospitales y laboratorios de Sutter que por lo general cobran más que otros proveedores, su cocontribución será **más alta** si se inscribe en la opción Prudent Buyer. **Si no elige la red, se le inscribirá de forma automática en la red Advantage y, excepto en casos de emergencia, no recibirá ningún beneficio si utiliza un proveedor como Sutter que no está en la red Advantage.**

Si recibe servicios o suministros de un proveedor que no es parte de la Red que eligió, **no habrá cobertura** a través de este Plan, excepto en caso de una Emergencia Médica. Algunos proveedores no pertenecen a ninguna de las redes de Blue Cross. Si utiliza uno de estos proveedores, no habrá beneficios, incluso si eligió la opción Prudent Buyer más inclusiva.

Si está considerando cambiar de uno de los planes a otro o si desea confirmar en qué red se encuentra su proveedor, **llame a la Línea de Ayuda Doctor Facility del JBT al 1-833-346-3365 para obtener más información.**

¿Cómo puedo ser un consumidor inteligente de atención médica y obtener el máximo valor de mi beneficio médico de JBT?

- ✓ **ASEGÚRESE DE UTILIZAR UN PROVEEDOR QUE SE ENCUENTRE EN SU RED.**
- ✓ **Elija medicamentos genéricos cuando sea posible.** Pregúntele a su médico si un medicamento genérico es apropiado para usted. Sin autorización previa, los medicamentos de marca no están cubiertos si hay disponible un genérico apropiado.
- ✓ **¿Tiene una enfermedad crónica como diabetes, asma, artritis, enfermedad cardíaca, etc.?** Una de las mejores cosas que puede hacer para esa condición es tomar el medicamento que le recomienda su médico. Haga que la toma de medicamento sea su hábito para una vida más saludable.
- ✓ **Manténgase al día con su atención preventiva/de bienestar** para ayudar a identificar cualquier factor de riesgo para la salud (como presión arterial alta, nivel de azúcar alto en la sangre, aumento de peso por encima del rango recomendado) y para mantenerse al día con las vacunas recomendadas y las pruebas de detección del cáncer.
- ✓ **¿No se siente bien?** Llame al consultorio de su médico de la red para obtener ayuda. O utilice un centro de atención de urgencia dentro de la red en lugar de una sala de emergencias (ER), si es médicamente apropiado.
- ✓ **Autorice previamente** su admisión hospitalaria electiva, así como otros servicios, tal como se explica en el Capítulo 5, para ayudar a evitar una sanción financiera.

Estos cinco consejos le ayudarán a aprovechar al máximo sus beneficios médicos.

Red de mamografías

El Plan ha establecido una red separada, llamada Red de Centros de Mamografía (MCN) para proporcionar mamografías de detección. Puede obtener una lista de instalaciones si llama al 1 (800) 528-4357. Siempre que utilice un centro de la lista, no hay copago ni deducible. Sin embargo, si usa una instalación que no está en la lista, aunque esté en la red Advantage o Prudent Buyer, su beneficio será limitado y su costo de bolsillo puede ser significativo.

Anexo de beneficios médicos

En las siguientes páginas aparece un anexo de beneficios médicos del Plan en formato de tabla para que pueda ver más fácilmente la forma en que el Plan reembolsa la cobertura. Cada uno de los beneficios médicos del plan se

describe en la primera columna. Las explicaciones y limitaciones que se aplican a cada uno de los beneficios se muestran en la segunda columna.

En el Anexo de deducibles de beneficios médicos, los límites de gastos de bolsillo, servicios hospitalarios (pacientes internados) y servicios de médicos y profesionales de la salud **se indican en las primeras filas** debido a que estas categorías de beneficios se aplican a la mayoría (pero no a todos) los servicios de atención médica cubiertos por el Plan. Estas filas van seguidas de descripciones que aparecen en orden **alfabético**, de los otros beneficios médicos cubiertos junto con las limitaciones y de exclusiones a esos beneficios cubiertos. A menos que haya una declaración específica en el Anexo de beneficios médicos, todos los beneficios que se muestran están sujetos al Deducible anual del beneficio médico.

Para determinar en qué medida se aplican las limitaciones a los beneficios pagaderos por cualquier servicio o suministro de atención médica que reciba, también debe verificar si esos servicios se indican por separado en el Anexo de beneficios médicos, incluso si parecen estar incluidos en los servicios hospitalarios o servicios de médicos y profesionales de la salud, y también debe consultar la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo y Capítulo 11: Exclusiones generales del plan ver si están excluidos.

PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN INICIAL DE RECLAMOS DE SALUD

Todos los reclamos de beneficios médicos deben enviarse al plan dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio. No se pagarán beneficios del Plan por ningún reclamo presentado después de este período.

Consulte el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones para obtener más información.

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Deducible</u> - El Deducible anual es la cantidad de dinero que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan empiece a pagar los beneficios. - Los deducibles se aplican a los gastos médicos elegibles en el orden en que el plan procesa los reclamos. - Solo los gastos médicos elegibles se pueden utilizar para satisfacer los deducibles del Plan. - Los copagos no se acumulan para cumplir con el deducible. - El deducible se aplica a todos los servicios cubiertos, excepto cuando se indique lo contrario en este Anexo de beneficios médicos.	Disposición de transferencia de deducible: Este plan administra una disposición de transferencia de deducible según la cual los gastos elegibles aplicados a su Deducible en los últimos tres (3) meses de cualquier año calendario se transferirán y aplicarán a sus requisitos de Deducible para el nuevo año calendario.	\$300 por persona \$750 por familia Los gastos de los proveedores fuera de la red no se acumulan para cumplir con el Deducible por año calendario, excepto por los Servicios de emergencia que se realicen en una sala de emergencias o si es admitido directamente en el Hospital desde la sala de emergencias.	
<u>Límite de gastos de bolsillo</u> El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que paga durante un período de un año (el año calendario) antes de que su beneficio médico empiece a pagar el 100% por los beneficios de salud esenciales cubiertos que reciba de los proveedores de la red. - Los gastos cubiertos se aplican al límite de gastos de bolsillo en el orden en que el plan procesa los reclamos elegibles. - Los servicios de emergencia cubiertos realizados en una sala de emergencias fuera de la red se acumularán para cumplir con el límite de gastos de bolsillo dentro de la red. - El límite de gastos de bolsillo de la familia acumula costos compartidos para cualquier familiar cubierto; sin embargo, no se requerirá que ningún individuo de la familia acumule más que el límite anual de gastos de bolsillo "por persona en una familia" conforme a este Plan. - Los gastos cubiertos por medicamentos para pacientes ambulatorios se acumulan según un límite de gastos de bolsillo separado de medicamentos para pacientes ambulatorios. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se ofrece a las personas inscritas en el beneficio médico.	El límite de gastos de bolsillo de beneficios médicos no incluye ni acumula: - Primas y/o aportes por cobertura, - Gastos por servicios o suministros médicos que no están cubiertos por el Plan; - Cargos que excedan el Cargo permitido determinado por el Plan, que incluye los montos facturados del saldo para proveedores fuera de la red; - Sanciones por incumplimiento de los requisitos de autorización previa del Plan; - Gastos por el uso de proveedores fuera de la red, excepto servicios de emergencia cubiertos que se realicen en una sala de emergencias fuera de la red y servicios de proveedores fuera de la red que tengan autorización previa; - Cargos que excedan los beneficios máximos del beneficio médico; - Gastos por servicios de beneficios dentales y beneficios de la vista; - Medicamentos para pacientes ambulatorios (que no se acumulan para cumplir con el Límite de gastos de bolsillo de beneficios médicos y, en cambio, se acumulan para cumplir con un Límite de gastos de bolsillo por año calendario separado para Medicamentos para pacientes ambulatorios, lo que se explica en la fila de Medicamentos de este Anexo y en el Capítulo 7).	Beneficio Médico \$3,000 por persona \$6,000 por familia Medicamentos para pacientes ambulatorios \$3,600 por persona, \$7,200 por familia Los gastos de los proveedores fuera de la red no se acumulan para cumplir con el límite de gastos médicos de su bolsillo por año calendario, excepto por los servicios de emergencia que se realicen en una sala de emergencias o los servicios que se proporcionen en una emergencia médica.	

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios hospitalarios (pacientes hospitalizados) - Cargos de alojamiento y comida en una habitación semiprivada con servicios generales de enfermería - Unidades de atención especializada dentro del Hospital (por ejemplo, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados cardíacos). - Servicios de laboratorio, radiografías y diagnóstico - Servicios auxiliares relacionados y médicamente necesarios (por ejemplo, recetas, suministros). - Cuidado del recién nacido. Consulte también la fila de Servicios de maternidad en este Anexo.	La hospitalización electiva requiere autorización previa (para evitar una multa financiera del 50%). Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - La habitación privada está cubierta solo si es médicamente necesaria (por ejemplo, si el paciente está aislado) o si la instalación no ofrece habitaciones semiprivadas. - Los hospitales de atención especializada, también denominados hospitales de atención aguda a largo plazo (LTAC), se describen en la fila Centro de enfermería especializada de este Anexo. - Los honorarios profesionales para los médicos y profesionales de la salud que brindan servicios cubiertos a pacientes en un hospital/centro de atención médica por lo general se facturan por separado del cargo del centro. Consulte la fila "Médico" de este Anexo a continuación para ver cómo se aplican los pagos a los médicos por los servicios prestados en un hospital. - Consulte el capítulo Elegibilidad para saber cómo inscribir de forma adecuada a los recién nacidos para que se pueda considerar la cobertura. - Si no es médicamente necesario que el paciente sea ingresado a una UCI, UCC, una cama de atención definitiva o una habitación privada, se proporcionará a la habitación o unidad privada ocupada una asignación por la tarifa más alta del Hospital para una habitación de dos o más camas, o la Tarifa de contrato del proveedor preferido para lo mismo, lo que sea menor. El exceso no será un cargo permitido y no se aplicará al máximo de gastos de bolsillo por año calendario. - Los reemplazos totales de cadera y rodilla están sujetos al MAC (cargo permitido máximo). Consulte las filas de esta tabla titulada Reemplazo total de cadera y rodilla de rutina	Centro para pacientes hospitalizados: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de médicos y otros profesionales de la salud - Los beneficios se pagan por honorarios profesionales cuando los proporciona un médico u otro profesional de la salud cubierto en un consultorio, hospital, centro de atención de urgencia, centro de cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios u otra ubicación de centro de atención médica cubierto. - Los honorarios profesionales pagaderos de los médicos y profesionales de la salud incluyen: - Cirujano - Cirujano asistente (si es médicamente necesario) - Anestesia proporcionada por médicos y enfermeras anestesiistas certificadas (CRNA) - Patólogo, radiólogo - Podólogo (DPM) - Médico asistente (PA); Enfermera practicante (NP); Enfermera partera certificada (CNM) - Consulte también las filas de Bienestar donde podrá ver ciertos servicios preventivos para mujeres que se pagan sin costo compartido cuando se obtienen de proveedores dentro de la red. - Consulte también la fila de Servicios de emergencia para conocer el pago de los proveedores en una sala de emergencias. - Una “visita” al consultorio es una entrevista personal entre el paciente y el proveedor, o los servicios facturados como parte de la atención del proveedor. Las visitas no incluyen llamadas telefónicas u otras situaciones en las que el proveedor no lo examina de forma personal o cuando no está directamente bajo el cuidado del proveedor.	La cirugía podiátrica del pie que se realiza (en cualquier lugar) requiere autorización previa. La hospitalización electiva requiere autorización previa (para evitar una sanción financiera). Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - Consulte también la definición de Médico, Profesional de la salud y Cirujano en el capítulo Definiciones. - El Administrador del Plan o su designado determinarán si múltiples procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos médicos estarán cubiertos como procedimientos separados o como un solo procedimiento según los factores en la definición de “Cirugía” en el capítulo Definiciones. - Los honorarios del cirujano asistente se reembolsarán solo por los servicios médicamente necesarios hasta un máximo del 20% de los gastos elegibles permitidos para el cirujano principal. - En virtud de este Plan, no es necesario elegir un médico de atención primaria (PCP) ni obtener una derivación o autorización previa antes de visitar a un proveedor de obstetricia y ginecología. - No se cubren los cargos separados por la visita de un cirujano realizada en relación con una operación quirúrgica o durante el día de la misma. (Estas visitas se consideran parte de la asignación para el procedimiento quirúrgico.) Beneficio de cuidado de rutina de los pies: El cuidado de rutina de los pies que administra un podólogo se paga cuando es médicamente necesario en el caso de personas con diabetes o con una insuficiencia neurológica o vascular que afecta los pies. - El Plan paga el 100% del Cargo permitido por una segunda opinión, incluyendo radiografías y pruebas de laboratorio, siempre y cuando la segunda opinión sea para un procedimiento quirúrgico cubierto por el JBT, y la opinión se obtenga de un especialista que posteriormente no realice la cirugía/tratamiento. - La circuncisión de un recién nacido está cubierta.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible Consulte también la tabla Bienestar (Preventivo) más adelante para obtener información sobre los servicios preventivos pagaderos por el Plan que no tienen cargo. Consulta de segunda opinión: Sin cargo LiveHealth en línea: Cobertura del 100% de los Cargos permitidos dentro de la red, no se aplica ningún copago ni deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Servicios de acupuntura</u>	El Plan paga hasta 20 visitas por persona por año calendario, sin autorización previa. Si se necesitan visitas de acupuntura adicionales después de las 20 por año calendario, entonces se requiere autorización previa. Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura
<u>Servicios de alergia</u> - Pruebas de sensibilidad a las alergias, que incluyen parches cutáneos o análisis de sangre como Rast o Mast. - Desensibilización e hiposensibilización (inyecciones para la alergia administradas a intervalos periódicos). - Solución de antígeno de alergia.		Pruebas, vacunas antialérgicas y antígeno: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura
<u>Servicios de ambulancia y servicios de transporte médico que no son de emergencia</u> Transporte de emergencia en vehículos terrestres: - al centro apropiado más cercano según sea médicamente necesario para el tratamiento de una emergencia médica o una enfermedad aguda. - para el traslado médicamente necesario entre centros de atención médica (por ejemplo, traslado de un Hospital a otro Hospital o traslado hacia y desde un Hospital a otro para obtener una prueba/procedimiento especial que no está disponible en la instalación primaria). Transporte de emergencia aéreo/marítimo solo si es médicamente necesario debido a la inaccesibilidad del transporte terrestre y/o si el uso del transporte terrestre sería perjudicial para el estado de salud del paciente. - El transporte médico que no sea de emergencia es pagadero, de acuerdo con las disposiciones que se describen a la derecha.	- Los gastos por servicios de ambulancia están cubiertos solo cuando esos servicios son para una Emergencia, según se define ese término en el capítulo Definiciones de este documento bajo el título de "Atención de Emergencia", o para el traslado médicamente necesario entre instalaciones. Transporte médico que no sea de emergencia se refiere al transporte de un individuo en un vehículo porque tal individuo no puede usar el transporte público o privado de manera segura debido a su requisito médicamente necesario de estar colocado en una silla de ruedas o camilla, o porque requiere el uso de equipo médico o monitoreo médico que no sea de emergencia durante el transporte. Este Plan paga los servicios de transporte médico que no sean de emergencia cuando sean médicamente necesarios. El Plan paga el método de transporte menos costoso y apropiado que cumpla con las circunstancias físicas y médicas de la persona y el Plan se reserva el derecho a limitar su pago de transporte al lugar apropiado más cercano (por ejemplo, traslado al proveedor de servicios médicos más cercano cuando se ha tomado la determinación de que viajar más lejos no proporciona ningún beneficio médico para el individuo).	Ambulancia para emergencias médicas: Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se haya alcanzado el deducible	Ambulancia para emergencias médicas: 80% una vez que se haya alcanzado el deducible
<u>Centro quirúrgico ambulatorio</u>	Consulte la fila Centro de cirugía para pacientes ambulatorios en este Anexo.		

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Centro/instalación de maternidad</u>	Consulte la fila de Servicios de maternidad de este Anexo.		
<u>Transfusiones de sangre</u> Transfusiones de sangre y hemoderivados y equipos para su administración.	- Cubierto solo cuando lo ordena un médico. - Los gastos relacionados con la donación de sangre autóloga (sangre del propio paciente) están cubiertos.	Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se haya alcanzado el deducible	Sin cobertura
<u>Quimioterapia</u> Medicamentos y suministros de quimioterapia administrados bajo la dirección de un médico en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico o en el hogar.	Cubierto solo cuando lo ordena un médico.	Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se haya alcanzado el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor																	
Servicios de tratamiento quiropráctico - El tratamiento quiropráctico se refiere a cualquier tratamiento proporcionado, supervisado o dirigido por un quiropráctico con licencia (incluyendo medicina neuromuscular y física) en el que se incurre mientras se encuentra bajo el cuidado de un quiropráctico, incluso si es prescrito y/o realizado por un médico o fisioterapeuta. Cubierto solo cuando usa los servicios de un proveedor quiropráctico de la red Landmark o un quiropráctico de la red Anthem/Blue Cross en la que está inscrito. Consulte la fila del Programa quiropráctico de la Tabla de referencia rápida (al inicio de este documento) para encontrar un proveedor de la red.	Beneficio cuando utiliza un quiropráctico de Landmark: 100% de los cargos cubiertos hasta un máximo de \$50 por día. No se aplica deducible. El tratamiento quiropráctico se paga hasta un máximo de \$680 por persona por año calendario (para la atención que se recibe de los quiroprácticos de Landmark y Anthem combinados). - Debido a que el JBT ha negociado tarifas especiales con descuento garantizado con Landmark Healthcare, el dinero de sus beneficios logrará más cuando utilice un proveedor de Landmark Healthcare.	Landmark 100% de los cargos cubiertos hasta \$50/día. No se aplica deducible.	Sin cobertura																	
	Beneficio cuando usa un quiropráctico de Anthem/Blue Cross: 80% de los cargos cubiertos hasta un máximo de \$50 por día una vez que alcanza el deducible. El tratamiento quiropráctico se paga hasta un máximo de \$680 por persona por año calendario (para la atención que se recibe de los quiroprácticos de Landmark y Anthem combinados). Ejemplo (deducible de \$300 no alcanzado) <table><tr><td>Cargo</td><td>\$200</td></tr><tr><td>Máximo diario</td><td>50</td></tr><tr><td>Deducible aplicado</td><td>(50)</td></tr><tr><td>Beneficio pagado</td><td>\$-0-</td></tr></table> El deducible restante es de \$250. Si solo se incurre en cargos quiroprácticos, no habrá ningún beneficio para las próximas cinco visitas (es decir, hasta que se consuma el deducible). Ejemplo (\$20 del deducible de \$300 todavía no se ha consumido). <table><tr><td>Cargo</td><td>\$200</td></tr><tr><td>Máximo diario</td><td>50</td></tr><tr><td>Deducible aplicado</td><td>(20)</td></tr><tr><td>Cargo permitido restante</td><td>30</td></tr><tr><td>Beneficio pagado</td><td>\$-80</td></tr></table> Una vez que se alcanza el deducible, el beneficio diario máximo es \$40 u 80% del cargo permitido diario de \$50	Cargo	\$200	Máximo diario	50	Deducible aplicado	(50)	Beneficio pagado	\$-0-	Cargo	\$200	Máximo diario	50	Deducible aplicado	(20)	Cargo permitido restante	30	Beneficio pagado	\$-80	Anthem Una vez que se alcanza el deducible, el 80% del cargo permitido diario máximo de \$50/día
Cargo	\$200																			
Máximo diario	50																			
Deducible aplicado	(50)																			
Beneficio pagado	\$-0-																			
Cargo	\$200																			
Máximo diario	50																			
Deducible aplicado	(20)																			
Cargo permitido restante	30																			
Beneficio pagado	\$-80																			

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Aparatos correctivos</u> <u>(Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales)</u> - Se proporciona cobertura para dispositivos protésicos y ortopédicos médicamente necesarios de la siguiente manera: - alquiler (pero solo hasta el precio de compra permitido del dispositivo). - compra de modelo estándar. Alquiler o compra según lo determine la Oficina administrativa. - reparación, ajuste o mantenimiento del dispositivo cuando sea médicamente necesario. - el reemplazo del dispositivo es pagadero si hay un cambio en la condición física de la persona cubierta que hace que el dispositivo actual sea inoperante o insatisfactorio para realizar las actividades diarias normales (según lo certifique el médico del paciente), o si el dispositivo no se puede reparar de forma satisfactoria. - Los aparatos correctivos están cubiertos solo cuando los ordena un médico o un profesional de la salud. - Los suministros de colostomía, ostomía y/o catéter urinario que son médicamente necesarios están cubiertos. - Consulte también la fila Servicios de audición en este Anexo.	Los dispositivos correctivos, incluidos los dispositivos protésicos y los dispositivos ortopédicos, requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - Consulte las exclusiones relacionadas con los aparatos correctivos en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este Capítulo 6. Para ayudar a determinar qué aparatos ortopédicos o protésicos están cubiertos, consulte las definiciones de "Prótesis" y "Ortesis" en el capítulo Definiciones. - Las prótesis son dispositivos para reemplazar una parte del cuerpo que falta. Dispositivos protésicos: se paga un dispositivo protésico inicial y se paga un reemplazo (de por vida) para las personas de 18 años a más. El Plan paga un reemplazo de prótesis cada tres años para los niños menores de 18 años. Un dispositivo auditivo implantable, como un implante coclear, se paga como dispositivo protésico cuando tiene una autorización previa. - Las ortesis son dispositivos para sostener una parte del cuerpo debilitada. - Una ortesis que no es para los pies, como una abrazadera para la espalda o la rodilla, se paga cuando es médicamente necesaria, incluyendo los suministros, la reparación y el mantenimiento necesarios. - Una ortesis para los pies (zapatos ortopédicos o correctivos y otros aparatos de apoyo para los pies) se paga hasta un par cada 12 meses para adultos con diabetes e insuficiencia venosa.	Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se haya alcanzado el deducible	Sin cobertura
<u>Educación sobre diabetes</u>	La cobertura se paga por un curso/programa formal de educación sobre diabetes impartido por un educador certificado en diabetes y reconocido como un programa aceptable por la Asociación Americana de Diabetes. Se paga un programa de educación sobre la diabetes cuando a una persona cubierta se le diagnostica inicialmente diabetes. Se paga un curso de actualización una vez al año.	Cobertura del 100% de los Cargos permitidos dentro de la red, no se aplica ningún copago ni deducible	Sin cobertura
<u>Diálisis</u> Hemodiálisis o diálisis peritoneal y suministros administrados bajo la dirección de un médico en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico o en el hogar.	Es importante que las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) soliciten de inmediato la cobertura de Medicare, independientemente de su edad. - Consulte también el capítulo Coordinación de beneficios (COB) que aborda lo que paga este Plan cuando usted también es elegible para Medicare.	Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se haya alcanzado el deducible	Sin cobertura excepto por los servicios cubiertos en una emergencia médica.

<u>Medicamentos (medicamentos para pacientes ambulatorios)</u> - Se proporciona cobertura para aquellos productos farmacéuticos (medicamentos) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. que requieren receta médica y que están aprobados por la FDA para la condición, dosis, vía, duración y frecuencia, si los receta un médico u otro profesional de la salud autorizado por ley para prescribirlos. - Comuníquese con el Administrador de Beneficios de Farmacia (cuyo número de teléfono se encuentra en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento) para obtener información sobre lo siguiente: - La lista de medicamentos en el Formulario de medicamentos preferidos. - Información sobre medicamentos que necesitan autorización previa (aprobación previa) por parte del personal clínico del Administrador de Beneficios de Recetas (PBM). - Información sobre las drogas que tienen un límite en la cantidad a pagar por este Plan. - El programa de Administración de pautas de especialidad, en el que se requerirá autorización previa para determinadas terapias con medicamentos para determinadas condiciones. - Los medicamentos que todavía no han sido aprobados por la FDA no están cubiertos. Los nuevos medicamentos aprobados por la FDA estarán cubiertos por el Plan de acuerdo con los términos del plan, consulte el Capítulo 7. - De acuerdo con las regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, ciertos medicamentos, incluyendo entre otros, los anticonceptivos femeninos aprobados por la FSA, los medicamentos para dejar de fumar y los medicamentos de venta libre, son pagaderos por este Beneficio médico no protegido, tal como se explica en el Capítulo 7: Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.	Los beneficios de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios se brindan a través del Administrador de Beneficios de Farmacia del plan, cuyo nombre aparece en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento. Consulte también el Capítulo 7: Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Debe pagar el costo total del medicamento recetado por adelantado en una farmacia minorista de la red y el Plan le reembolsará la parte del costo del plan. - Los costos compartidos para los medicamentos recetados cubiertos para pacientes ambulatorios se acumulan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo para medicamentos para pacientes ambulatorios del año calendario: \$3,600 por persona, \$7,200 por familia. Consulte el capítulo 7 para obtener una descripción completa de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	No se aplica ningún deducible de beneficios médicos a los medicamentos para pacientes ambulatorios <u>Farmacia minorista dentro de la red</u> (suministro de hasta 30 días): Genérico: Copago de \$10 Marca preferida: Copago de \$20 Marca no preferida: sin cobertura <u>Medicamentos reembolsados al 100%:</u> Anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA, ciertos medicamentos para reducir el riesgo de cáncer de mama, medicamentos para dejar de fumar y ciertos medicamentos de venta libre.	No cubierto
<u>Equipo médico duradero (DME)</u> - Se proporciona cobertura para: - alquiler (pero solo hasta el precio de compra permitido del DME);	El equipo médico duradero que cueste más de \$1,000 debe tener autorización previa debido al riesgo de que el cargo no se considere médicamente necesario y de que no se pague ningún beneficio. - Para ayudar a determinar qué equipo médico duradero está cubierto, consulte la definición de "Equipo médico duradero" en el capítulo Definiciones.	Extractor de leche y suministros necesarios para operar el extractor:	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
- compra de equipo modelo estándar. Alquiler o compra según lo determine la Oficina administrativa; - reparación, ajuste o mantenimiento del DME médicamente necesario; - reemplazo del DME médicamente necesario si hay un cambio en la condición física de la persona cubierta o si el equipo no se puede reparar de forma satisfactoria a un costo menor; - suministros que son necesarios para la función del DME siempre y cuando el equipo sea médicamente necesario para la persona que está cubierta por este Plan. - Si más de una pieza del DME puede satisfacer las necesidades funcionales, los beneficios están disponibles solo para la pieza más rentable del equipo médico duradero. - Se proporciona cobertura para oxígeno que sea médicamente necesario, junto con el equipo y los suministros médicamente necesarios para su administración.	- El equipo médico duradero (y los suministros necesarios para su funcionamiento) está cubierto solo cuando su uso es médicamente necesario y lo ordena un médico o un profesional de la salud. - Para las mujeres que están dando de lactar, se proporciona cobertura para un extractor de leche estándar manual o eléctrico estándar, además de los suministros del extractor de leche necesarios para operar el extractor. Se paga un extractor de leche de grado hospitalario si el Plan determina que es médicamente necesario. El costo de alquilar o comprar un equipo para lactancia se extiende mientras dure la lactancia materna para el niño. El alquiler, compra y reparación se pagan tal como se indica a la izquierda. La cobertura está disponible sin costo solo a través de los proveedores dentro de la red. No hay cobertura para equipos/suministros para lactancia de proveedores fuera de la red. - Consulte las exclusiones relacionadas con los aparatos correctivos en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo.	Sin cargo Todos los demás DME: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Instalaciones de la sala de emergencias</u> <u>Centro de atención de urgencia</u> • Sala de emergencias del hospital (ER) para “Servicios de emergencia” (según lo define este Plan). • Centro de atención de urgencia. Las condiciones médicas comunes que pueden ser apropiadas para un consultorio médico o un centro de atención de urgencia (en lugar de una sala de emergencias) incluyen, entre otras, fiebre, dolor de garganta, dolor de oído, tos, síntomas de la gripe, esguinces, lesiones en los huesos o articulaciones, diarrea, vómitos o infecciones de la vejiga. • Cargos auxiliares (como pruebas de laboratorio o radiografías) incurridos durante la visita a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia. • (Consulte también la sección Ambulancia de este Anexo.) • Los honorarios profesionales para los médicos y profesionales de la salud que brindan servicios cubiertos a pacientes en una sala de emergencias o en un centro de atención de urgencia por lo general se facturan por separado de los cargos del centro. Consulte la fila Médico de este Anexo para conocer los parámetros de pago.	• Los gastos de los servicios de la sala de emergencias están cubiertos solo cuando esos servicios son para una Emergencia tal como se define ese término en el capítulo Definiciones de este documento bajo el título “Atención de emergencia”. • Los servicios de emergencia no requieren autorización previa. • El Plan pagará una cantidad razonable por los Servicios de emergencia hospitalarios prestados fuera de la red, de conformidad con las regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Consulte la definición de Cargo permitido o comuníquese con la Oficina administrativa para obtener más detalles sobre lo que el Plan permite como pago a los proveedores de servicios de emergencia fuera de la red.	Sala de emergencias: Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se alcanza el deducible. Centro de atención de urgencia: Cobertura del 80% de los Cargos permitidos dentro de la red una vez que se alcanza el deducible	Atención de emergencia proporcionada en la sala de emergencias (servicios de emergencia): Cobertura del 80% de los cargos de UCR una vez que se alcanza el deducible. Centro de atención de urgencia: Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de planificación familiar, reproducción, anticonceptivos - Los servicios de esterilización (por ejemplo, vasectomía, ligadura de trompas, implantes como Essure) están cubiertos sin costo compartido para la esterilización femenina cuando los realizan proveedores dentro de la red y estos beneficios se pagarán al 100% sin deducible, solo dentro de la red. - Se proporciona cobertura para anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA, como píldoras o parches anticonceptivos orales, anticoncepción de emergencia, inyectables (por ejemplo, Depo-Provera, Lunelle), dispositivo intrauterino (DIU) y extracción del DIU, capuchón cervical, anillo anticonceptivo, diafragma, dispositivo/servicio anticonceptivo implantable (por ejemplo, Implanon, Nexplanon). Consulte también la fila de Medicamentos en este Anexo para obtener información sobre la cobertura de anticonceptivos aprobados por la FDA en la que no se cobra los anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA que se presentan con receta y que se obtienen en una farmacia de la red. Sin cargo por un anticonceptivo recetado de marca solo si no hay un anticonceptivo genérico o es médicamente inadecuado. No hay cobertura para los anticonceptivos aprobados por la FDA que se obtienen de una farmacia minorista fuera de la red. - El tratamiento de la disfunción eréctil con medicamentos recetados se paga según los beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios que figura en el Capítulo 7.	- Para obtener información sobre la cobertura de maternidad, consulte la fila Maternidad en este Anexo. - Consulte las exclusiones específicas relacionadas con Fármacos, Medicamentos y Nutrición; Fertilidad e infertilidad; Servicios de maternidad; y Servicios para la disfunción eréctil en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo. - No hay cobertura para la reversión de los procedimientos de esterilización. - Determinados anticonceptivos aprobados por la FDA se pagan en farmacias minoristas tal como se describe en la fila Medicamentos de este Anexo. - El Plan cubrirá sin costo compartido al menos una forma de anticoncepción en cada uno de los métodos que la FDA ha identificado para las mujeres en su actual Guía de control de la natalidad. Esta cobertura incluye servicios clínicos, educación del paciente y consejería necesarios para la provisión del método anticonceptivo. El Plan también cubrirá sin costo compartido un servicio o artículo anticonceptivo que no esté cubierto de otra manera si el proveedor de la persona determina que ese servicio o artículo es médicamente necesario.	Anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA y procedimientos de esterilización femenina: 100% sin deducible. Para otros servicios cubiertos: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible.	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Consejería y pruebas genéticas - Las pruebas genéticas médicamente necesarias pagaderas bajo este Plan son para: - pruebas de detección para recién nacidos exigidas por el estado a fin de detectar trastornos genéticos; - líquido/tejido obtenido como resultado de amniocentesis, muestreo de vellosidades coriónicas (CVS) y análisis de alfafetoproteína (AFP) en mujeres embarazadas cubiertas y solo si el procedimiento es médicamente necesario; - pruebas a fin de determinar la sensibilidad a los medicamentos aprobados por la FDA, como la prueba genética para la sensibilidad a la warfarina (medicamento anticoagulante); - pruebas genéticas recomendadas por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología para mujeres embarazadas, como pruebas de portadores genéticos para fibrosis quística; - pruebas genéticas (por ejemplo, BRCA) y la consejería genética exigida como servicio preventivo de acuerdo con las pautas y regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (consulte la fila de Bienestar en este Anexo). - detección y evaluación de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética en los participantes cubiertos si se cumplen <u>todas</u> las siguientes condiciones: - el método de prueba se considera científicamente válido para la identificación de una enfermedad hereditaria ligada genéticamente; y - el individuo cubierto muestra características/síntomas clínicos, o está en riesgo directo (por antecedentes familiares o parientes de primer o segundo grado) de desarrollar la enfermedad/condición hereditaria y vinculada genéticamente en cuestión (presintomático); y - los resultados de la prueba afectarán de forma directa el resultado de la toma de decisiones clínicas o el tratamiento que se le administrará a la persona cubierta. - La consejería genética se paga cuando lo ordena un Médico, la realiza un Consejero genético calificado (u otro proveedor de atención médica calificado) y se proporciona con respecto a una prueba genética pagadera por este Plan. Determinada Consejería genética se paga como un servicio preventivo de acuerdo con las pautas y regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.	- No hay cobertura para las pruebas genéticas previas a la paternidad (pruebas para el empleado, también llamadas pruebas de portador) destinadas a determinar si un posible padre o los padres tienen anomalías cromosómicas que posiblemente se transmitirán a un hijo de ese padre o padres. - No hay cobertura de pruebas genéticas de los participantes del plan si las pruebas se realizan principalmente para el manejo médico de personas que no están cubiertas por este Plan. Los costos de las pruebas genéticas pueden estar cubiertos para una persona no cubierta solo si dichas pruebas afectarían de forma directa el tratamiento de un participante del plan cubierto. - Consulte las definiciones de Consejería genética, Pruebas genéticas en el capítulo Definiciones.	Consejería y pruebas genéticas exigidas por la ACA: 100% sin deducible Todos los demás servicios: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Audífono</u> Los beneficios de audífonos están disponibles solo para empleados cubiertos. Los servicios de audición no están cubiertos para los Hijos Dependientes.	Los dispositivos auditivos implantables médicamente necesarios para las personas cubiertas con pérdida auditiva profunda (por ejemplo, implante coclear) están cubiertos como un dispositivo protésico (consulte la fila de Dispositivos correctivos en este Anexo).	Se paga un audífono médicamente necesario por cada oído una vez cada tres años hasta un máximo de \$500 por dispositivo por oído.	
<u>Servicios de audición (examen de audiología)</u> Hay exámenes de audición (audiología) disponibles solo para los empleados cubiertos. Los servicios de audición no están cubiertos para los Hijos Dependientes.	Se paga un examen de audición (audiología) una vez cada 3 años para detectar la pérdida de audición.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura
<u>Reemplazo de cadera, reemplazo total de cadera</u>	Consulte la fila <u>Cirugía de reemplazo total de cadera y rodilla de rutina</u>.		
<u>Servicios de atención médica domiciliaria y terapia de infusión domiciliaria</u> - Servicios de atención de enfermería especializada (sin custodia) intermitente a tiempo parcial, y suministros médicamente necesarios para brindar servicios de atención médica domiciliaria o terapia de infusión domiciliaria. Los servicios domiciliarios que no sean cuidados de enfermería especializada <u>no están cubiertos.</u>	Los servicios de atención médica domiciliaria y de terapia de infusión domiciliaria requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - Los servicios de atención médica domiciliaria y de infusión domiciliaria están cubiertos solo cuando los ordena un médico o profesional de la salud y los proporciona una agencia de atención médica domiciliaria autorizada. - La cobertura de servicios de terapia física, terapia del habla y/o terapia ocupacional en el hogar se paga como servicios de atención médica domiciliaria siempre y cuando el paciente esté confinado en el hogar. - Los servicios de asistencia médica domiciliaria y de custodia no están cubiertos.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura
<u>Cuidados paliativos (hospicio)</u> Los servicios de cuidados paliativos (hospicio) incluyen cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y cuidados paliativos domiciliarios para pacientes ambulatorios cuando el paciente ha sido diagnosticado con una esperanza de vida de seis meses o menos.	- Cubierto solo cuando lo ordena un médico. - Muchos programas de cuidados paliativos (hospicio) aprobados ofrecen algún tipo de consejería para el duelo como parte de su programa. La consejería más allá de lo que se incluye como parte del Programa de cuidados paliativos (hospicio) aprobado se paga según los beneficios de salud conductual de este Plan. - Los honorarios profesionales para los médicos y profesionales de la salud que brindan servicios cubiertos a pacientes en un centro hospitalario de cuidados paliativos pueden facturarse al Plan por separado de la tarifa del centro. Consulte la fila "Médico" de este Anexo más adelante para saber cómo se aplica el pago a los médicos por los servicios prestados en las instalaciones para pacientes hospitalizados de cuidados paliativos.	Cobertura del 100% de los Cargos permitidos dentro de la red, no se aplica deducible	Sin cobertura
<u>Reemplazo de rodilla, reemplazo total de rodilla</u>	Consulte la fila <u>Cirugía de reemplazo total de cadera y rodilla de rutina</u>.		

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de laboratorio (pacientes ambulatorios) - Los servicios comunes de laboratorio (Lab) incluyen pruebas de diagnóstico relacionadas con química, hematología, análisis de orina, toxicología, microbiología, bancos de sangre, patología anatómica-patología quirúrgica y/o citopatología. - Los servicios de laboratorio de referencia especializados pueden incluir pruebas moleculares y genéticas, pruebas de alergia, compatibilidad con trasplantes, análisis de tejidos tumorales, pruebas de enfermedades infecciosas, etc. - Honorarios técnicos y profesionales asociados con las pruebas de laboratorio. - Estudio de diagnóstico del sueño/prueba del sueño utilizando una polisomnografía nocturna de canal completo (NPSG) (dispositivo de tipo I) realizada en un centro de atención médica. Este Plan no paga los estudios del sueño que utilicen dispositivos que no proporcionen una medición del índice de apnea-hipopnea (IAH) y la saturación de oxígeno.	- Cubierto solo cuando lo ordena un médico o un profesional de la salud. - Los servicios de laboratorio para pacientes hospitalizados están cubiertos conforme a la fila Servicios hospitalarios de este Anexo de beneficios médicos. - Algunos servicios de laboratorio son gratuitos conforme a los beneficios de Bienestar en este Anexo. - Asegúrese de que su proveedor lo derive a usted o a su muestra de laboratorio a un laboratorio preferido.	Cobertura del 80% dentro de la red Cargos permitidos una vez que se alcanza el deducible	Sin cobertura excepto por los servicios cubiertos en una emergencia médica.

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de maternidad - Los honorarios del hospital, centro de maternidad, médico y/o enfermera partera certificada se pagan por los servicios de maternidad médicamente necesarios. Sin embargo, los gastos relacionados con el embarazo de un Hijo Dependiente (excepto los servicios preventivos de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) no son pagaderos. - Consulte la fila Planificación familiar y la fila Medicamentos para obtener información sobre la cobertura de anticonceptivos. - Consulte el capítulo Elegibilidad sobre cómo inscribir a un hijo recién nacido dependiente. - El equipo para lactancia (extractor de leche) y los suministros necesarios para operar el extractor se pagan sin costo compartido tal como se indica en la fila Equipo médico duradero de este Anexo. - Para las mujeres que están dando de lactar, el Plan paga el apoyo y la consejería integrales de lactancia (incluyendo las clases de lactancia) al 100%, sin deducible, cuando lo proporciona un proveedor de la red que actúa dentro del alcance de su licencia. Los proveedores de la red se enumeran en el directorio de la red que se describe en la Tabla de referencia rápida. - El aborto inducido electivo está cubierto.	La atención relacionada con el embarazo está cubierta solo para las empleadas. - No se proporciona cobertura para gastos de maternidad o parto de hijos dependientes, incluyendo ecografías y otros servicios relacionados con el embarazo. Esta exclusión no se aplica a las visitas al consultorio de atención prenatal y posnatal y a otros servicios de detección preventiva que exige la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (tal como se indica en los sitios web del gobierno en http://www.hrsa.gov/womensguidelines/ o en https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/), los cuales están cubiertos sin costo compartido cuando los obtiene de los proveedores de la red. Hay cobertura para el equipo de lactancia y los suministros necesarios para operar el equipo, así como apoyo y consejería integral en lactancia. Duración de la estadía en el hospital por parto: Según la ley federal, los planes de salud grupales, como este Plan, por lo general no pueden restringir los beneficios por la duración de la estadía en el Hospital en relación con el parto de la madre o del recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el Plan puede pagar una estadía más corta si el médico que lo atiende (por ejemplo, un médico o profesional de la salud), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido con anticipación. Es posible que el Plan no requiera que un médico u otro profesional de la salud obtenga autorización para prescribir una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar determinados proveedores o instalaciones, o para reducir sus costos de desembolso personal, es posible que deba obtener una autorización previa. Para obtener información sobre la autorización previa para una estadía mayor a 48 horas por parto vaginal o 96 horas por cesárea, consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - El aborto inducido electivo está cubierto. - No necesita autorización previa del Plan ni de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de la red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con determinados procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para realizar derivaciones.	Exámenes prenatales y posnatales y otros servicios requeridos por la ACA: 100% sin deducible Para gastos de envío y todos los demás servicios, incluyendo las ecografías: Cobertura del 80% dentro de la red Cargos permitidos una vez que se alcanza el deducible	Sin cobertura excepto por los servicios cubiertos en una emergencia médica.

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de salud mental Están disponibles los siguientes beneficios: • Ingreso hospitalario agudo para pacientes hospitalizados o programa de tratamiento residencial. Consulte el capítulo Definiciones para conocer el significado de los términos de tratamiento residencial. • Visitas ambulatorias incluyendo pruebas psicológicas necesarias (psiquiátricas). • Otros servicios ambulatorios: atención diurna parcial/hospitalización parcial o atención del programa ambulatorio intensivo (IOP). • Desintoxicación de emergencia por abuso de sustancias en un hospital para pacientes hospitalizados (no se requiere autorización previa). • Para obtener una descripción de los beneficios cubiertos del tratamiento por abuso de sustancias y asistencia para ubicar a los proveedores de tratamiento por abuso de sustancias mejor calificados que puedan tratar sus necesidades consulte el Capítulo 8: Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias.	• El ingreso electivo por salud mental a un hospital o programa de tratamiento residencial requiere autorización previa (para evitar una sanción económica del 50%). La autorización previa también se describe en el Capítulo 5. • Consulte la fila de Servicios por abuso de sustancias de este Anexo y el Capítulo 8 para obtener información sobre los beneficios adicionales del Tratamiento por abuso de sustancias. La autorización previa también se describe en el Capítulo 5. • Los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por salud conductual (tratamiento de salud mental y abuso de sustancias) se pagan según el beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se explica en el Capítulo 7.	Tratamiento de salud mental: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura excepto para desintoxicación médica en una emergencia médica

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Suministros médicos no duraderos</u> - Se proporciona cobertura para Suministros no duraderos médicamente necesarios que dispense y utilice un médico o profesional de la salud junto con el tratamiento de la persona cubierta. - Se proporciona cobertura para un suministro de hasta 31 días de suministros médicamente necesarios para uso doméstico/personal: - Suministros quirúrgicos estériles utilizados inmediatamente después de la cirugía. - Suministros necesarios para operar o utilizar equipos médicos duraderos o dispositivos correctivos cubiertos. - Suministros necesarios para su uso por parte del personal capacitado de salud domiciliaria o de infusiones domiciliarias, pero solo durante el curso de los servicios requeridos. - Suministros de diálisis. - Suministros para colostomía y ostomía. - Los suministros para diabéticos (por ejemplo, jeringas de insulina, tiras reactivas, lancetas, hisopos con alcohol) están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta, no por el beneficio médico.	Para determinar qué Suministros médicos no duraderos están cubiertos, consulte la definición de "Suministros no duraderos" en el capítulo Definiciones y el artículo 31 en la sección Exclusiones médicas en la página 66.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de lesiones orales y craneofaciales - Lesión accidental en los dientes/mandíbula - Cirugía oral y/o craneofacial. - Cargos de un cirujano maxilofacial oral por la reducción de fracturas de huesos faciales, extirpación de tumores de mandíbula, tratamiento de dislocaciones de mandíbula, tratamiento de heridas o laceraciones o infecciones faciales y orales (celulitis) y extirpación de quistes o tumores de mandíbulas/huesos faciales. - Consulte también las exclusiones relacionadas con los servicios dentales en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo.	Determinados servicios requieren autorización previa (para evitar una sanción financiera). Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. Tratamiento de lesiones accidentales en los dientes: Este Plan cubre el tratamiento de determinadas lesiones accidentales en los dientes y la mandíbula cuando, en opinión del Administrador del Plan o su designado, se cumplen todas las siguientes condiciones: - La Lesión accidental debe haber sido causada por una fuerza extrínseca/externa y no una fuerza intrínseca (como la fuerza de masticar o morder); y - El tratamiento dental pagadero es la opción más rentable que cumple con los estándares aceptables de la práctica dental profesional; y - El tratamiento dental devolverá los dientes de la persona al nivel de salud y función que tenían antes de la lesión. Se requiere autorización previa del administrador del plan. - Conforme a este Plan, el tratamiento dental aprobado relacionado con una Lesión accidental en los dientes se paga bajo el Beneficio médico sin importar si también existe una cobertura de Beneficio dental asociado. Consulte también la definición de Lesión en los dientes en el capítulo Definiciones de este documento. - La cirugía oral o craneofacial se limita a procedimientos de corte para extirpar tumores, quistes, abscesos, lesiones agudas y con fines reconstructivos pero no cosméticos. Aparte de los servicios que se indican como cubiertos en esta fila, el Plan no cubre otros servicios dentales, incluyendo, entre otros, la extracción de dientes, léase la extracción de muelas del juicio, endodoncia como tratamiento de conducto, gingivectomía, procedimientos en preparación para futuros trabajos dentales o implante dental (como la elevación de seno, el injerto de tejido blando, el injerto/reemplazo óseo), tratamiento de disfunción/síndrome de la articulación temporomandibular o cirugía ortognática para el tratamiento de la malposición estética de los huesos de la mandíbula. - Consulte también las exclusiones relacionadas con las radiografías dentales en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura
Instalación/Centro de cirugía ambulatoria - Instalación/Centro quirúrgico ambulatorio (para pacientes ambulatorios) (por ejemplo, centro quirúrgico, cirugía el mismo día, cirugía ambulatoria). - Los honorarios profesionales para los médicos y profesionales de la salud que brindan servicios cubiertos a pacientes en un centro de cirugía ambulatoria (para pacientes ambulatorios) por lo general se facturan por separado de la tarifa del centro. Consulte la fila "Médico" de este Anexo para saber cómo se aplica el pago a los médicos por los servicios prestados.	- En determinadas circunstancias, el Plan pagará las tarifas del centro y la anestesia asociados con los servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por el beneficio dental, para niños pequeños y/o participantes con una discapacidad, si el consultor dental determina que la hospitalización o atención en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es médicamente necesario para salvaguardar la salud del paciente durante la realización de los servicios dentales. No se paga por los servicios asociados de honorarios profesionales dentales que se proporcionan mientras se encuentra en un hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, ya que esos honorarios serían pagados por la cobertura de beneficios dentales del paciente. - Consulte también la fila Cirugía de reemplazo total de cadera y rodilla de rutina.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Medicamentos recetados (para pacientes ambulatorios)</u>	Consulte la fila "Medicamentos" en este Anexo y el Capítulo 7: Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de venta ambulatoria.		
<u>Dispositivos protésicos</u>	Consulte la fila de Dispositivos correctivos en este Anexo.		
<u>Radiología (Radiografía), Medicina nuclear, Estudios de imágenes y Servicios de radioterapia (pacientes ambulatorios)</u> - La radiología se refiere a la rama de la medicina que utiliza radiografías, radiofármacos (como radioisótopos, tintes intravenosos o materiales de contraste), resonancia magnética y ecografías para crear imágenes (fotografías) del cuerpo que se utilizan para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones. - Los servicios de radiología comunes incluyen radiografía de tórax, radiografía de abdomen/riñón, radiografía de columna, tomografía computarizada/resonancia magnética/tomografía por emisión de positrones y gammagrafía ósea, ecografía, angiografía, mamografía, fluoroscopia y densitometría ósea. - Honorarios técnicos y profesionales asociados con los servicios de radiología de diagnóstico y curativos, incluyendo la radioterapia.	- Cubierto solo cuando lo ordena un médico o un profesional de la salud. - Algunos procedimientos de Radiología están cubiertos sin costo por los Programas de Bienestar descritos en este Anexo. - Las radiografías y las pruebas de diagnóstico por imágenes como tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones se pagan. - Asegúrese de que su proveedor lo derive a un proveedor de radiología dentro de la red.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura excepto por los servicios cubiertos en una emergencia médica.
<u>Servicios reconstructivos y reconstrucción mamaria después de una mastectomía</u> - Este Plan cumple con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) que indica que para cualquier persona cubierta que esté recibiendo beneficios en relación con una mastectomía y que elija la reconstrucción del seno en relación con ella, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, incluyendo: - reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; - cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y - prótesis y complicaciones físicas para todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas. - Se pagará otra cirugía reconstructiva para restaurar o mejorar las funciones corporales si es necesario para mantener la salud de la paciente debido a una enfermedad, lesión o condición médica.	Determinados servicios requieren autorización previa (para evitar una sanción financiera). Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - Consulte las exclusiones relacionadas con los Servicios cosméticos (incluyendo la cirugía reconstructiva) en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo. La mayoría de los Servicios cosméticos y dentales (incluyendo los ortognáticos) están excluidos de la cobertura.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Servicios de rehabilitación (terapia física, ocupacional y del habla) - Servicios de rehabilitación activos y progresivos de corta duración (terapia ocupacional, física o del habla) realizados por terapeutas licenciados o debidamente calificados según lo indique un médico. - Servicios de rehabilitación pulmonar o cardíaca. - Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en un hospital de agudos, unidad o centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada para servicios de rehabilitación activos, progresivos y de corta duración que no se pueden proporcionar en un entorno ambulatorio o a domicilio. No cubierto: Servicios de habilitación (terapia ocupacional, física o del habla) que realizan terapeutas licenciados o debidamente calificados según lo indique un médico.	- Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios después de las primeras 20 visitas requieren la presentación de un plan de tratamiento antes de que se autoricen más visitas. Si el tratamiento continúa sin dicha autorización previa, existe el riesgo de que se determine que dicho tratamiento no fue médicamente necesario y se denegarán todos los beneficios. Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - Se requiere autorización previa para la admisión de rehabilitación para pacientes hospitalizados o los beneficios se reducirán en un 50%. Si se determina que la rehabilitación para pacientes hospitalizados no es médicamente necesaria, no se pagarán beneficios. - Los servicios de habilitación, rehabilitación de mantenimiento y estimulación del coma <u>no están cubiertos</u>. Consulte las exclusiones específicas relacionadas con la Habilidad y Rehabilitación de mantenimiento que se indican en Habilidad y rehabilitación en el capítulo Definiciones. - Los servicios de rehabilitación están cubiertos solo cuando los ordena un médico e incluyen cobertura de lo que es médicamente necesario: - Visitas de rehabilitación ambulatoria (para terapia física, terapia ocupacional y/o terapia del habla) Admisión de rehabilitación para pacientes hospitalizados - La terapia física ambulatoria que se realiza junto con los servicios de manipulación espinal está sujeta al beneficio de tratamiento quiropráctico del Plan, el cual se explica en la fila de este anexo titulada Servicios de tratamiento quiropráctico.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Cirugía de reemplazo total de cadera y rodilla de rutina para pacientes hospitalizados</u> El MAC (Cargo permitido máximo) es la cantidad más alta que pagará el JBT.	- El MAC solo se aplica a los proveedores en el estado de California. Toda cirugía fuera del estado de California estará sujeta a los beneficios normales de cirugía. - Los montos denegados por exceder el MAC no se acumularán hasta su límite de gastos de bolsillo en costos compartidos. - Haga que su cirugía de hospitalización se realice en un centro de valor dentro de la red para recibir el mayor reembolso de beneficios posible. - Encuentre un sitio de valor llamando a Anthem Blue Cross al número que figura en la Tabla de referencia rápida. - La hospitalización electiva está sujeta a autorización previa. Consulte el capítulo Revisión del uso para obtener más detalles.	Instalación PPO de valor Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red una vez que se alcanza el deducible Instalación PPO (pero no una instalación de valor) Después del deducible, la cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red hasta \$35,000 Usted es responsable del 100% de los cargos que superen los \$35,000 si no va a una instalación de valor	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Mamografía de detección</u>	- Anual para mujeres de 40 años o más - Para obtener todos los beneficios, debe utilizar la Red de Centros de Mamografía. Esto NO ES IGUAL que la red Advantage o Prudent Buyer que se ofrece a través de Anthem Blue Cross. - Para obtener una lista de las instalaciones de la Red de Centros de Mamografía (MCN) o para asegurarse de que la instalación que planea utilizar todavía esté en la lista, llame al JBT al 1 (800) 528-4357.	Cobertura del 100% de los cargos permitidos dentro de la red, sin deducible	Beneficio limitado al cargo permitido (\$163 en el 2020. Llame al JBT para conocer la tarifa actual). Solo para fines de mamografías de detección, las instalaciones de diagnóstico por imágenes de Advantage y Prudent Buyer son proveedores fuera de la red, a menos que estén en la lista de MCN.
<u>Centro de enfermería especializada (SNF) o centro para pacientes subagudos</u> - Centro de enfermería especializada (SNF). - Centro de cuidados subagudos, también llamado Centro de cuidados agudos a largo plazo (LTAC). - Los honorarios profesionales para los médicos y profesionales de la salud que brindan servicios cubiertos a pacientes en un centro de enfermería especializada o en un centro para pacientes subagudos por lo general se facturan por separado de la tarifa del centro. Consulte la fila Médico de este Programa para conocer los parámetros de pago.	La admisión a un centro de enfermería especializada o a un centro para pacientes subagudos (también llamado centro de cuidados agudos a largo plazo) requiere autorización previa. Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. Normalmente, la admisión a dichos centros sigue a una internación en un hospital de cuidados intensivos y es parte de un plan de tratamiento continuo preautorizado por Anthem Blue Cross. Sin embargo, usted es responsable de verificar que su admisión cuente con la autorización previa. Si no es así y posteriormente se determina que el tratamiento no es médicamente necesario, usted será responsable de la factura completa. - Los servicios los debe ordenar un médico. - Para determinar si un centro es un centro de enfermería especializada o un centro para pacientes subagudos/centro de cuidados agudos a largo plazo, consulte el capítulo Definiciones de este documento.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Tratamiento por abuso de sustancias/uso de sustancias</u> Consulte el Capítulo 8: Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias para obtener una descripción de sus beneficios a través del TARP. Los siguientes beneficios están disponibles a través de Anthem: - Desintoxicación de emergencia por abuso de sustancias en un hospital para pacientes hospitalizados (no se requiere autorización previa). Para las personas que consumen productos de tabaco, el Plan cubre al menos dos intentos para dejar de fumar por año. El intento para dejar de fumar incluye cobertura (sin costo cuando se utilizan proveedores dentro de la red) para: - Cuatro (4) sesiones de consejería para dejar de fumar de al menos 10 minutos cada una (incluyendo la consejería telefónica, la consejería grupal y la consejería individual) sin autorización previa; y - Todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluyendo los medicamentos recetados y de venta libre) para un régimen tratamiento de 90 días cuando son recetados por un proveedor de atención médica sin autorización previa. Consulte el Capítulo 7: Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios para el apoyo para dejar de fumar en Cobertura de ciertos medicamentos para atención preventiva según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio en la página 71. Comuníquese con la Oficina administrativa para obtener ayuda con los beneficios de consejería para dejar de fumar.	Consulte el Capítulo 8: Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias para obtener una descripción de sus beneficios de rehabilitación (a diferencia de la desintoxicación médica) a través del TARP. - Los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para el tratamiento por abuso de sustancias se pagan según el beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se explica en el Capítulo 7.	Desintoxicación médica: Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible Apoyo para dejar de fumar: Sin cargo	Sin cobertura excepto para desintoxicación médica en una emergencia médica

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Trasplantes (de órganos y tejidos) - La cobertura se proporciona solo para los servicios elegibles directamente relacionados con los trasplantes médicamente necesarios y no experimentales de órganos o tejidos humanos, incluyendo médula ósea, células madre periféricas, córnea, corazón, corazón/pulmón, intestino, islotes de tejidos, riñón, riñón/páncreas, hígado, hígado/riñón, pulmón(es), páncreas, huesos, tendones o piel, junto con el centro y los servicios profesionales, los medicamentos aprobados por la FDA y los equipos y suministros médicamente necesarios. - La adquisición de órganos/tejidos es pagadera. La adquisición incluye gastos para encontrar el órgano/tejido donado (tarifas de búsqueda del donante), pruebas de compatibilidad del posible órgano/tejido potencial, cirugía/procedimientos para extirpar el órgano/tejido, preservación del órgano/tejido hasta que pueda ser trasplantado y tarifas de transporte para entregar el órgano/tejido al paciente/receptor. - Los gastos médicos razonables y necesarios incurridos por un donante que está cubierto por este Plan son pagaderos sin ningún costo compartido aplicable a esos gastos. - Los gastos médicos razonables y necesarios incurridos por un donante que no está cubierto por este Plan son pagaderos sin ningún costo compartido aplicable a esos gastos, pero solo en la medida en que el donante no esté cubierto por el seguro o plan de atención médica del donante.	Los servicios de trasplante requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa del Capítulo 5 para obtener más información. - Para los participantes del plan que sirven como donantes, los gastos del donante no son pagaderos a menos que la persona que reciba el órgano/tejido donado sea una persona cubierta por este Plan. - Consulte las exclusiones específicas relacionadas con razones experimentales en la sección Exclusiones de beneficios médicos de este capítulo.	Cobertura del 80% de los cargos permitidos dentro de la red después de alcanzar el deducible	Sin cobertura

ANEXO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también la sección Exclusiones de beneficios médicos en este capítulo, el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto cuando se indique. **Proveedor dentro de la red hace referencia a la red de Anthem que seleccionó: la red Advantage o la red Prudent Buyer.**

IMPORTANTE: Los servicios de proveedores fuera de la red en una emergencia médica se pagan de acuerdo con el Cargo permitido según se define en el capítulo Definiciones y podrían resultar en la facturación del saldo.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
Programa de bienestar (preventivo): - Los servicios de bienestar/preventivos pagaderos por este Plan están diseñados para cumplir con las pautas y regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio tal como se describe a la derecha. Los servicios preventivos se pagan sin importar el género asignado al nacer o el estado actual de género. Ciertos medicamentos con receta y sin receta, que deben estar cubiertos de conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, están disponibles a través del beneficio de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que se explica en el Capítulo 7. - Los servicios no cubiertos por el beneficio preventivo/de bienestar pueden estar cubiertos por otra parte del beneficio médico. Los servicios de diagnóstico adicionales que son médicamente necesarios debido al diagnóstico médico del paciente están cubiertos, sujetos a los deducibles, coseguros o copagos del Plan y todas las demás disposiciones del Plan. - Cuando la información contenida en este documento entre en conflicto con las regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio recientemente publicadas que afectan la cobertura de atención preventiva, este Plan cumplirá con los nuevos requisitos en la fecha requerida. - Para obtener información sobre el pago del plan para determinados medicamentos de atención preventiva de conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, consulte el Capítulo 7. Vacunas para adultos aprobadas por la FDA y de acuerdo con las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para adultos en los EE. UU., como una vacuna anual contra la gripe. Vacunas disponibles en farmacias minoristas: El Plan cubre ciertas vacunas de temporada recomendadas por las regulaciones de la reforma de salud y de acuerdo con los CDC sin cargo cuando se obtienen en una farmacia dentro de la red. Todas las demás vacunas cubiertas deben obtenerse en la oficina de un proveedor.	Los servicios preventivos/de bienestar pagaderos por este Plan están diseñados para cumplir con las pautas de la ACA y las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), Bright Futures y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Estos sitios web (que se actualizan periódicamente) indican los tipos de servicios preventivos pagaderos, incluyendo las vacunas: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/, y puede encontrar más detalles en http://www.hrsa.gov/womensguidelines/, http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/index.html, y en http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index. La frecuencia de las visitas preventivas para niños se paga de acuerdo con las "Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva" de Bright Futures/Academia Estadounidense de Pediatría, que se actualiza periódicamente (el sitio web del anexo es: https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf). Si estos sitios web no especifican una frecuencia con la que se debe realizar el servicio preventivo, como es el caso de una visita preventiva al consultorio o una prueba de detección de colesterol, el Plan pagará el servicio preventivo cuando se realice con una frecuencia no mayor a una vez cada 12 meses. Además de los servicios de bienestar que se indican en estos sitios web, el Plan pagará estos servicios de bienestar sin costo cuando se utilicen proveedores de la red: visitas al consultorio para niños sanos, un examen físico/de bienestar anual para adultos, visitas al consultorio para mujeres sanas, prueba de laboratorio anual de antígeno prostático específico (PSA) para hombres de 40 años o más, y mamografía de detección anual para mujeres de 40 años o más (Nota: El beneficio de la mamografía es limitado. El examen debe obtenerse de un proveedor de la Red de Centros de Mamografía del JBT para evitar cualquier facturación de saldo. Consulte la fila Mamografía de detección para obtener más información.) - Cuando tanto los servicios preventivos como los servicios de diagnóstico o terapéuticos ocurran en la misma visita, usted pagará el costo compartido (por ejemplo, Coaseguro y Deducible) para los servicios de diagnóstico o terapéuticos pero no para los servicios preventivos. Cuando una visita preventiva se convierta en un servicio de diagnóstico o terapéutico en la misma visita, entonces el costo compartido (por ejemplo, coseguro, copago, deducible) se aplicará a los servicios de diagnóstico o terapéuticos proporcionados. - No se requiere cobertura de vacunas para viajar. <u>Para obtener una lista más completa de los servicios preventivos/de bienestar cubiertos, consulte el documento de Pautas de atención preventiva amigables para los miembros.</u>	Cobertura del 100% de los Cargos permitidos dentro de la red, no se aplica deducible	Sin cobertura; sin embargo, para cumplir con las pautas de la ACA, si no hay un proveedor de la red que pueda proporcionar el servicio de bienestar que requiere la ACA, el Plan cubrirá el servicio cuando lo realice un proveedor fuera de la red sin costo compartido.

No a la discriminación en la atención médica

De acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, en la medida en que un artículo o servicio sea un beneficio cubierto por el Plan, y de acuerdo con las técnicas razonables de administración médica con respecto a la frecuencia, método, tratamiento o entorno de un artículo o servicio, el Plan no discriminará con respecto a la participación en el mismo o la cobertura contra cualquier proveedor de atención médica que actúe dentro del alcance de la licencia o certificación de ese proveedor según la ley estatal aplicable. En este contexto, discriminación significa tratar a un proveedor de manera diferente en base únicamente al tipo de licencia o certificación del proveedor. El Plan no está obligado a contratar a ningún proveedor de atención médica que esté dispuesto a cumplir con los términos y condiciones de participación que establece el Plan. Se permite que el Plan establezca diferentes tasas de reembolso en base a medidas de calidad o desempeño.

Se aplican cargos permitidos máximos para procedimientos quirúrgicos de reemplazo de cadera y rodilla

Los cargos por procedimientos quirúrgicos pueden variar mucho entre los hospitales y las instalaciones. Por ejemplo, en las instalaciones dentro de la red que utilizan los participantes del JBT, los costos de la cirugía de reemplazo de rodilla pueden oscilar entre \$19,000 y más de \$75,000. Sin embargo, hay poca evidencia de una mejor calidad de atención en un centro de mayor costo. El JBT permitirá un cargo permitido máximo (“MAC”) para los siguientes procedimientos quirúrgicos en el estado de California:

1. Reemplazos totales de cadera de rutina para pacientes hospitalizados;
2. Reemplazos totales de rodilla de rutina para pacientes hospitalizados.

El MAC es el monto más alto que pagará su Plan por las tarifas del centro para pacientes hospitalizados asociadas con estos procedimientos. Todo monto por encima del MAC será su responsabilidad. Este diseño de beneficios se aplica ÚNICAMENTE a los reemplazos totales de cadera o rodilla de rutina para pacientes hospitalizados **en el estado de California**.

Procedimiento	* Cargo permitido máximo por cirugía
En el estado de California	
Cirugía de reemplazo total de cadera de rutina para pacientes hospitalizados	\$35,000
Cirugía de reemplazo total de rodilla de rutina para pacientes hospitalizados	\$35,000

* **Nota: Los montos denegados por exceder el MAC para un procedimiento no se acumularán para su máximo de gastos de bolsillo.**

- El MAC no se aplica a los honorarios profesionales de proveedores médicos, incluyendo, entre otros, cirujanos, cirujanos asistentes, anestesiólogos, etc.
- El MAC para reemplazos totales de cadera y rodilla de rutina solo se aplica **en el estado de California**.

Sitio basado en el valor

Para los reemplazos de cadera y rodilla, hay muchos hospitales de California que mantendrán los costos por debajo del MAC. A estas instalaciones las llamamos “sitios basados en el valor”. Para las cirugías realizadas fuera del estado de California, se aplicarán los beneficios de cirugía normales.

Para obtener ayuda para ubicar un sitio basado en el valor, puede llamar a la Línea de Ayuda Doctor Facility del JBT al 1-833-346-3365.

Proceso de excepciones

Los servicios para pacientes hospitalizados proporcionados por un Hospital que no ha acordado aceptar el MAC pueden pagarse con los beneficios normales del plan si:

- No tiene acceso a un proveedor de MAC o el servicio no se puede obtener dentro de un tiempo de espera o distancia de viaje razonable; y
- La calidad de los servicios para usted o sus dependientes podría verse comprometida con el proveedor de MAC (por ejemplo, si las comorbilidades presentan complicaciones o problemas de seguridad del paciente).

Exclusiones de beneficios médicos: ¿Qué no cubre el beneficio médico?

La siguiente es una lista de servicios y suministros o gastos que **no cubre (excluidos) el beneficio médico**. Para conocer **exclusiones generales** adicionales que se aplican al Plan autofinanciado consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan .

El Administrador del Plan tendrá autoridad discrecional para determinar la aplicabilidad de estas exclusiones y los otros términos del Plan y para determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del mismo.

1. Gastos por servicios prestados por un **proveedor fuera de la red o una instalación fuera de la red**, incluyendo, entre otros, los proveedores/centros de Sutter si está inscrito en la red Advantage, excepto los servicios de emergencia de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y la atención de emergencia brindada en una emergencia médica.
2. Gastos que **no son un cargo permitido** (tal como se define en el Capítulo 15: Definiciones).
3. Cargos hechos por un **cirujano asistente** que excedan el 20% de los Cargos permitidos del médico de cabecera.
4. Habitación privada de hospital, a menos que la habitación privada sea médicamente necesaria (como en el caso de una habitación de aislamiento) o que el centro solo tenga habitaciones privadas.
5. Ingreso hospitalario durante los fines de semana, excepto en caso de emergencia médica.
6. Cualquier hospitalización que no sea médicamente necesaria; Estadías en el hospital más allá de las aprobadas por un proveedor o cualquier estadía que sea únicamente para la conveniencia del paciente.
7. **Citas perdidas** si el participante no cancela con el proveedor al menos con 24 horas de anticipación, a menos que la cita se pierda debido a una emergencia médica o circunstancias fuera del control del participante.
8. Cualquier **servicio de hospital o médico provisto sin cargo** por un Hospital o instalación que opere el gobierno de los Estados Unidos o cualquier agencia autorizada del mismo, o que **se proporcione a expensas del gobierno de EE. UU.** o su agencia.
9. **Cuidado en custodia.**
10. **Exámenes de la vista de rutina y anteojos** (Consulte también el Capítulo 10 que explica la atención oftalmológica de rutina que cubre el Beneficio de la vista).
11. Pruebas y radiografías que se utilizan para fines distintos al diagnóstico de enfermedades o lesiones y/o como parte de los servicios preventivos cubiertos.
12. **Radiografías dentales**, a menos que se realice debido a una lesión accidental en los dientes (consulte también el Capítulo 9 que explica los Beneficios dentales).
13. **Tratamiento por abuso de sustancias** (rehabilitación de alcohol y drogas) que no sea la desintoxicación médica en una emergencia médica (consulte también el Capítulo 8: Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias.)
14. **Drogas y medicinas** no administradas durante el confinamiento en un Hospital, centro de atención médica o lugar para pacientes ambulatorios cubiertos. (Consulte también el Capítulo 7 que explica la cobertura de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pagaderos en una farmacia minorista).

15. **Vitaminas**, excepto cuando sea pagadero como servicio preventivo. (Consulte el Capítulo 7 que explica la cobertura de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
16. **Cuidado en guardería de rutina**, a menos que sea parte de una admisión de nacimiento de un recién nacido cubierto.
17. Gastos relacionados con un **embarazo y parto de un hijo dependiente**, excepto por ciertos servicios preventivos que deben estar cubiertos de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.
18. Gastos para el **tratamiento de la infertilidad** junto con los servicios para inducir el embarazo y sus complicaciones, incluyendo, entre otros, los medicamentos recetados, los procedimientos o los dispositivos para lograr la fertilidad; fertilización in vitro; transferencia tubárica baja; inseminación artificial; transferencia de embrión; transferencia de gametos; transferencia de cigoto; gastos sustitutos (sustituto se refiere a un arreglo para que una mujer lleve y dé a luz a un niño que será criado, y por lo general adoptado de forma legal, por otros y a menudo incluye la fertilización in vitro, la implantación de un óvulo fertilizado con el fin de llevar el feto a término para otra mujer), incluyendo los gastos relacionados con el embarazo, los gastos de parto y las complicaciones de la mujer sustituta; donación de óvulos/semén u otros honorarios; criopreservación (congelación) de óvulos/espermatozoides; trasplante de ovario; gastos de donantes de infertilidad; implantes fetales; servicios de reducción fetal; procedimientos de impregnación quirúrgica; y reversión de los procedimientos de esterilización.
19. Gastos relacionados con la adopción.
20. **Cuidado de rutina de los pies** (incluyendo, entre otros, la limpieza higiénica de los pies con recorte de las uñas de los pies, eliminación o reducción de callos y callosidades, eliminación de la piel gruesa/agrietada del pie, cuidado preventivo con evaluación de los pulsos, estado de la piel y sensación).
21. Gastos por servicios de habilitación.
22. Gastos por el tratamiento de pies débiles, tensos, inestables o planos o por cualquier tarsalgia, metatarsalgia o juanete (excepto en el caso de operaciones que involucran la exposición de huesos, tendones o ligamentos), o por dispositivos ortopédicos (por ejemplo, **ortesis de pie**) utilizados en relación con el tratamiento de dichas condiciones crónicas del pie.
23. Gastos de **cuidado de manos**, incluyendo manicura y acondicionamiento de la piel y otros cuidados higiénicos/preventivos que se realicen al no haber una enfermedad localizada, lesión o síntomas que involucren la mano.
24. Cirugía cosmética, excepto si se requiere para reparar o aliviar daños que son el resultado de un accidente o lesión, y que se realiza dentro de un tiempo razonable después del accidente o lesión (aplicada sin tener en cuenta cuándo la persona se inscribió por primera vez en el Plan). **Cirugía o tratamiento cosmético** incluye cirugía o tratamiento médico para mejorar o preservar la apariencia física o la autoestima o para tratar la sintomatología psicológica o las quejas psicosociales relacionadas con la apariencia, pero no para tratar la función física. La cirugía o tratamiento cosméticos excluidos incluyen, entre otros:
 - eliminación de tatuajes,
 - aumento de senos o mastopexia (excepto que el Plan cubre servicios reconstructivos después de una mastectomía),
 - reducción de senos (incluyendo el tratamiento de la ginecomastia benigna en hombres),
 - eliminación de piel sobrante, eliminación de piel sobrante del abdomen, abdominoplastia,
 - cirugía para mejorar la autoestima o tratar síntomas psicológicos o quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de uno,
 - tratamiento de varices,
 - rejuvenecimiento de la piel, exfoliación química de la piel, productos cosméticos para la piel como Restylane y Renova, inyecciones de colágeno,
 - lifting facial/en la frente/cejas/párpados/cuello; blefaroplastia del párpado superior; mejora, reducción o implante de nariz/labios/mejillas/malar/mentón, reducción ósea facial,
 - implantes de pantorrilla/glúteos/pectorales,
 - contorno corporal de liposucción,

- condroplastia tiroidea de reducción,
- cirugía de modificación de la voz (laringoplastia o acortamiento de las cuerdas vocales), terapia de voz/lecciones de voz,
- medicamentos para la caída del cabello, crecimiento del cabello, depilación, implantación de cabello,
- otro tratamiento médico o quirúrgico destinado a restaurar o mejorar la apariencia física, según lo determine el Administrador del Plan o su designado.

La cirugía estética no se convierte en cirugía reconstructiva por motivos psicológicos.

El programa médico **cubre** los servicios reconstructivos médicamente necesarios. Para determinar el alcance de esta cobertura, consulte Servicios reconstructivos en el Anexo de beneficios médicos. Los participantes del plan deben utilizar el procedimiento de autorización previa del Plan para determinar si una cirugía o servicio propuesto se considerará cirugía estética o se considerará como un servicio reconstructivo médicamente necesario.

- Equipo ambiental; gastos de construcción o modificación de una casa, residencia o vehículo necesarios como resultado de una lesión, enfermedad o discapacidad, incluyendo, entre otros, la construcción o modificación de rampas, ascensores, pasamanos, elevador de silla para personas discapacitadas, spas/jacuzzis, aire acondicionado, dispositivos de deshumidificación, eliminación de amianto, filtración/purificación de aire, piscinas, sistema de alerta de emergencia, etc.
- Cargos por tratamiento de enfermedad o lesión que **exceden la carga permitida** y cargos que exceden los que se habrían realizado al no haber Beneficios médicos.
- Gastos que el participante no está obligado a pagar o por los que de otro modo no se le cobraría al paciente.
- Cualquier tratamiento médico o quirúrgico experimental (consulte la definición de “Experimental” en el capítulo Definiciones). Tenga en cuenta que, según este beneficio médico, experimental, en investigación o no comprobado, no se incluye los costos de rutina asociados con un determinado “ensayo clínico aprobado” relacionado con el cáncer u otras enfermedades potencialmente mortales.
- Queratotomía radial o cualquier tratamiento quirúrgico para corregir la miopía o hipermetropía.
- Toda admisión o servicio que requiera autorización previa y en el que no se haya obtenido dicha autorización (consulte los requisitos de autorización previa anteriormente en el Capítulo 5).
- Todo suministro médico y/o equipo que no haya sido recetado por un proveedor, y cualquier suministro médico y/o equipo que sean suministros médicos domésticos ordinarios o que tengan un valor para el paciente en ausencia de una enfermedad, lesión o condición, no recetados por un proveedor, incluyendo suministros como vendas (que no sean del tipo Ace), bacinicas, lámparas de calor, colchones ortopédicos y muchos otros artículos (debido a la complejidad de esta parte, debe llamar a la Oficina administrativa antes de comprar suministros). Ciertos servicios requieren autorización previa tal como se explicó anteriormente en el Capítulo 5.
- Gastos por servicios o suministros que se requiere que pague un tercero.
- Gastos de un programa de terapia en la naturaleza, un programa de salud conductual al aire libre, un programa tipo campo de entrenamiento, un internado, una escuela militar, un hogar de crianza/cuidado o un hogar grupal, o cualquier otra instalación que combine el tratamiento por abuso de sustancias y la educación general.

Nota especial

El beneficio médico del JBT paga una parte del costo de los gastos médicos cubiertos, pero no recomienda un tratamiento basado en lo que cubre el beneficio médico del JBT. El hecho de que su proveedor de atención médica recomiende cirugía, hospitalización, confinamiento en un centro de atención médica, o que su proveedor de atención médica proponga o proporcione otros servicios o suministros médicos no significa que los servicios o suministros recomendados estén cubiertos por el Beneficio médico o que el Plan considerará estos servicios o suministros como médicamente necesarios.

CAPÍTULO 7: BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS DE UN VISTAZO	70
¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS?	71
Descripción general.....	71
Medicamentos de marca	71
Medicamentos genéricos	71
Sustituciones genéricas	71
Cobertura de ciertos medicamentos para atención preventiva según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio	71
Limitaciones en el suministro de determinadas recetas	72
RED DE FARMACIAS MINORISTAS	72
Límites de suministro	72
Tarjetas de identificación.....	72
Pagos	72
BENEFICIO DE PEDIDO POR CORREO	73
Límites de suministro	73
¿Cómo surtir una receta a través del programa de pedidos por correo?	73
Pedido de reabastecimientos	73
Ventajas del pedido por correo	73
¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO?	73
¿QUÉ REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA?	73
ADMINISTRACIÓN DE PAUTAS DE ESPECIALIDAD	74
¿QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO POR EL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS?	74
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE LA PARTE D DE MEDICARE PARA PERSONAS CON MEDICARE	75

El programa de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios lo maneja el Administrador de Beneficios de Farmacia del JBT, CVS Caremark, y está disponible para los empleados y sus hijos dependientes elegibles que están inscritos en el Beneficio Médico del JBT.

Beneficios de los medicamentos recetados de un vistazo

Si se utiliza una farmacia de la red, recibirá un descuento en el medicamento al momento en que se surta la receta. Debe pagar este precio con descuento a la farmacia en el punto de venta. A través del Administrador de Beneficios de Farmacia, la farmacia enviará un registro electrónico de esta compra a la Oficina administrativa. Si era elegible al momento de realizar la compra, la Oficina administrativa deducirá del precio del medicamento el copago del miembro correspondiente (que se muestra a continuación) y le enviará un cheque de beneficios por la diferencia. Si no era elegible en la fecha en que se compró el medicamento, el Plan no reembolsará el costo del medicamento, pero aún habrá recibido la ventaja de pagar el precio de red con descuento. No hay ningún beneficio para surtidos en las farmacias fuera de la red. Si necesita ayuda para obtener sus recetas en una farmacia de la red, comuníquese con la Oficina administrativa al 1-800-JBT-HELP.

El deducible de Beneficio médico no se aplica a estos beneficios de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, pero los medicamentos están sujetos a un copago y a un desembolso máximo diferente y completamente separado. Los medicamentos que todavía no han sido aprobados por la FDA no están cubiertos. El Plan puede cubrir los medicamentos nuevos aprobados por la FDA, pero los Medicamentos recetados cubiertos están sujetos a un “formulario” que establece el Administrador de Beneficios de Farmacia y los medicamentos nuevos pueden excluirse de ese formulario. Si usted o su médico tienen preguntas sobre qué está cubierto y qué está excluido del formulario, llame a CVS Caremark al 1-800-294-5979. La siguiente es una descripción general de lo que paga:

Anexo de beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios		
Tipo de medicamento	Dentro de la red Ubicación de la farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Farmacia de pedidos por correo dentro de la red (suministro de hasta 90 días)
Medicamento recetado anual para pacientes ambulatorios Límite de gastos de bolsillo	\$3,600 por persona por año \$7,200 por familia por año	
Medicamento genérico del formulario	Copago de \$10	Copago de \$20
Medicamento de marca del formulario	Copago de \$20	Copago de \$40
No incluido en el formulario	No cubierto	No cubierto
Especialidad	Medicamento genérico del formulario: Copago de \$20 Medicamento de marca del formulario: Copago de \$40	Generalmente, no cubierto. Comuníquese con la Oficina administrativa o con CVS si desea un suministro de 90 días.
Nota: Si recibe un medicamento de marca para el que existe un equivalente genérico, debe pagar el costo total del medicamento, ya que el de marca no estará cubierto. Solo puede surtir un medicamento de marca cuando sea médicamente necesario. Cuando el medicamento de marca sea médicamente necesario, el Fondo reembolsará el costo total después de deducir el copago del medicamento de marca.		

¿Cómo funciona el programa de medicamentos recetados?

Descripción general

Puede obtener Medicamentos recetados en una farmacia minorista participante con su tarjeta de identificación del Programa de medicamentos recetados, o por correo, mediante el programa de pedido por correo (entrega a domicilio). Debe pagar el 100% del costo en el punto de compra. El Plan le reembolsará la parte del costo que le corresponde al Plan.

Cuando utiliza el programa de pedido por correo, recibe un nivel más alto de beneficios porque el copago se aplica a un suministro completo de 90 días en comparación con el suministro de 30 días que se cubre en la farmacia minorista. Ya sea que surta su receta en una farmacia minorista o mediante el programa de pedido por correo, la cantidad que paga depende de si el medicamento es genérico o de marca.

Medicamentos de marca

Un medicamento de marca es un medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y que ha recibido una patente de 20 años, lo que significa que ninguna otra empresa puede fabricar el medicamento mientras dure la patente. Esta protección de patente significa que solo la empresa que posee la patente tiene derecho a vender ese medicamento de marca. Un medicamento de marca no puede competir con un medicamento genérico hasta que la patente de marca u otras exclusividades de marketing hayan expirado y la FDA otorgue la aprobación para una versión genérica.

Medicamentos genéricos

Una vez que expira la patente de un medicamento de marca, otros fabricantes pueden empezar a vender el medicamento con su nombre químico o “genérico”. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos porque los puede vender más de un fabricante. Al comprar el medicamento genérico, está ahorrando dinero tanto para usted como para el JBT y está haciendo su parte a fin de ayudar a reducir el costo creciente de la atención médica.

Sustituciones genéricas

Si hay un medicamento de marca en la receta, el farmacéutico dispensará de forma automática un equivalente genérico si hay uno disponible. Al momento de la compra, si solicita un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, deberá pagar el **costo total del medicamento de marca y el plan no reembolsará ninguno de los costos. Esto se aplica ya sea que surta su receta en una farmacia minorista o mediante el programa de pedidos por correo.**

Si no hay un equivalente genérico disponible en el mercado, el beneficio reembolsará el 100% del costo del medicamento de marca una vez que pague su copago.

Solo puede surtir un medicamento de marca cuando sea médicamente necesario. Esto requiere autorización previa, consulte la página 70. Cuando el medicamento de marca sea médicamente necesario, el Fondo reembolsará el costo total después de deducir el copago del medicamento de marca.

Cobertura de ciertos medicamentos para atención preventiva según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

Determinados medicamentos recetados no tienen costo compartido **cuando los compra en una farmacia minorista de la red del Plan o en el Servicio de pedido por correo**, de acuerdo con las regulaciones de la ACA y las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicio Preventivo de los EE. UU. (USPSTF) y las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), incluyendo las pautas de *Bright Futures* de la Academia Estadounidense de Pediatría y las pautas de la HRSA relativas a los servicios para las mujeres. Si la información contenida en este documento entra en conflicto con las pautas y los reglamentos de la ACA publicados recientemente que afectan la cobertura de los medicamentos de atención preventiva, este Plan cumplirá con los nuevos requisitos en la fecha requerida.

Consulte las Pautas de atención preventiva amigables para los miembros del plan a fin de obtener más información sobre la cobertura del Plan de medicamentos de atención preventiva.

Limitaciones en el suministro de determinadas recetas

El Fondo brinda cobertura para hasta 12 píldoras por mes para cualquier combinación de lo siguiente:

- Caverject
- Edex
- Musa
- Cialis 10 mg o 20 mg
- Levitra
- Staxyn
- Stendra
- Viagra

Además, las píldoras de Cialis de 2.5 mg o 5 mg de dosis baja están cubiertas con un límite de un mes de 30 píldoras.

Red de farmacias minoristas

Puede obtener medicamentos recetados en una red de farmacias participantes contratadas a través del Administrador de Beneficios de Farmacia. La red de farmacias es nacional e incluye la mayoría de las principales cadenas de farmacias minoristas y muchas ubicaciones de farmacias minoristas independientes. A fin de encontrar la farmacia participante más cercana a su hogar o trabajo, llame al Administrador de Beneficios de Farmacia al número que aparece en la Tabla de referencia rápida o comuníquese con la Oficina administrativa.

Límites de suministro

Los medicamentos que compre en una farmacia de la red están limitados a un suministro de 30 días. Si toma un medicamento de mantenimiento y lo ordena a través del programa de pedidos por correo, puede recibir un suministro de hasta 90 días.

Tarjetas de identificación

Cuando se inscribe en el beneficio médico del JBT, recibe una tarjeta de identificación de medicamentos recetados (“tarjeta de identificación de medicamentos”) con su nombre y los de sus dependientes. **Los participantes deben usar su tarjeta de identificación de medicamentos al momento de la compra. Los medicamentos que compre sin usar la tarjeta de identificación de medicamentos no estarán cubiertos.*** Si no tiene una tarjeta de identificación de medicamentos o si necesita un formulario de pedido por correo, comuníquese con la Oficina administrativa al 1-800-528-4357.

*Si tiene otra cobertura y el JBT es el proveedor secundario, el JBT cubrirá su copago de medicamentos recetados requerido por el plan primario.

Pagos

Los participantes deben pagar el costo total del medicamento con descuento de la red al momento de la compra, ya sea al por menor o por correo. Si es elegible para la cobertura al momento de la compra, después de pagar su receta en una farmacia de la red, la farmacia presentará un reclamo de forma electrónica usando la información de su tarjeta de identificación de medicamentos. Una vez recibido, la Oficina administrativa procesará el reclamo y le enviará el reembolso correspondiente. El reembolso que reciba de la Oficina administrativa restará el monto del copago del costo del medicamento con descuento que pagó. Para conocer los montos de copago, consulte el Anexo de beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en las páginas anteriores de este capítulo.

Si compra el medicamento durante la temporada baja, cuando ya no sea elegible para la cobertura, seguirá recibiendo el beneficio del costo con descuento del medicamento. Sin embargo, no será elegible para ningún reembolso de la Oficina administrativa.

En el caso de que no presente una tarjeta de identificación de medicamentos en la farmacia de la red, la Oficina administrativa no le reembolsará.

Para obtener información general sobre presentación de reclamos y apelaciones, consulte el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones.

Beneficio de pedido por correo

Si usted o sus dependientes cubiertos usan medicamentos de mantenimiento (recetas que se usan de manera continua o a largo plazo), el programa de pedidos por correo le ahorrará tiempo y dinero.

Límites de suministro

Puede solicitar un suministro de hasta 90 días para su medicamento de mantenimiento a través del programa de pedidos por correo.

¿Cómo surtir una receta a través del programa de pedidos por correo?

Usar el programa de pedidos por correo es simple. Cuando reciba su tarjeta de identificación de medicamentos recetados, también recibirá un suministro de formularios de pedido por correo y sobres. Simplemente complete el formulario de pedido y adjúntelo a su receta en uno de los sobres con la dirección previa. Si se queda sin sobres, simplemente envíe por correo o fax su formulario de pedido y receta al Administrador de Beneficios de Farmacia a la información de contacto que figura en la Tabla de referencia rápida. Debe completar el breve perfil que se encuentra en el reverso del formulario de pedido para que se pueda verificar si su medicamento tiene posibles interacciones con otros medicamentos o reacciones alérgicas.

Pedido de reabastecimientos

Con todas las recetas de pedido por correo, usted recibe un aviso de reabastecimiento que le indica cuántos reabastecimientos quedan en su receta, si corresponde. Para solicitar un reabastecimiento, simplemente envíe su pedido de reabastecimiento a más tardar en la fecha marcada en el aviso o llame al Administrador de Beneficios de Farmacia al 1-888-685-7752. Espere de 10 a 14 días para la entrega.

Ventajas del pedido por correo

Existen ventajas importantes al utilizar el programa de pedidos por correo para surtir sus recetas:

- La facilidad de envío por correo;
- La conveniencia de un suministro de 90 días; y
- Los ahorros de costos que obtiene con un suministro de 90 días por el costo de un suministro minorista de 60 días.

¿Qué está cubierto?

El beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubre los siguientes medicamentos recetados médicamente necesarios y los cargos permitidos relacionados:

- Cargos de un farmacéutico con licencia por medicamentos recetados por parte de un proveedor de atención médica que actúa dentro del alcance de su licencia;
- Cargos por parte de un proveedor por cualquier medicamento, insulina o kits de inyección de insulina suministrados al paciente en el consultorio del proveedor, y por los cuales se realiza un cargo por separado del cargo por cualquier otro gasto.
- Monitores diabéticos.

¿Qué requiere autorización previa?

Debido a su costo, los posibles efectos secundarios y el potencial de abuso, los opioides, medicamentos nuevos y medicamentos especiales, o los medicamentos recetados para fines distintos de su propósito normal, no estarán cubiertos a menos que su uso cuente con la autorización previa del Administrador de Beneficios de Farmacia. Para solicitar una autorización previa, su proveedor debe comunicarse con el Administrador de Beneficios de

Farmacia al número que se proporciona en la Tabla de referencia rápida. El Administrador de Beneficios de Farmacia revisará su caso con su proveedor y determinará si el medicamento debe ser autorizado. La lista de medicamentos que requieren autorización previa puede cambiar de vez en cuando. Para obtener la lista más actualizada, comuníquese con el Administrador de Beneficios de Farmacia.

Administración de pautas de especialidad

Los medicamentos especiales por lo general se consideran productos inyectables, infundidos, orales o inhalados de alto costo que requieren una supervisión y un control estrictos y son utilizados por personas con problemas de salud únicos e incluyen artículos como inyectables para la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide o la hepatitis. Estos medicamentos pueden **necesitar autorización previa**, a menudo requieren una manipulación especial, son sensibles a la fecha y por lo general están disponibles solo en una cantidad de 30 días. Bajo este programa, habrá una revisión de la información clínica de su médico para la aprobación del tratamiento con estos medicamentos.

Comuníquese con el Administrador de Beneficios de Farmacia a fin de obtener una lista completa y actualizada de los medicamentos que están sujetos a este programa de Administración de pautas de especialidad.

¿Qué no está cubierto por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios?

La siguiente es una lista de medicamentos, servicios y suministros o gastos que **no están cubiertos (excluidos)** por el beneficio médico y su beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para conocer **exclusiones generales** adicionales que se aplican al Plan autofinanciado consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan .

El Administrador del Plan tendrá autoridad discrecional para determinar la aplicabilidad de estas exclusiones y los otros términos del Plan y para determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del mismo.

El beneficio de medicamentos recetados no paga beneficios por lo siguiente:

1. Medicamentos que pueden obtenerse sin receta, excepto aquellos medicamentos que deben estar cubiertos de conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio tal como se describe en la página 71.
2. Medicamentos que se toman o administran mientras un paciente se encuentra en un Hospital (los medicamentos cubiertos se pagan como gasto hospitalario según el Beneficio médico).
3. Sangre y plasma sanguíneo (estos artículos están cubiertos por el beneficio médico).
4. Fármacos séricos biológicos.
5. Supresores del apetito.
6. Aparatos, dispositivos, vendajes, lámparas de calor, aparatos ortopédicos, férulas y suministros médicos.
7. Medicamentos suministrados o pagaderos bajo cualquier plan o ley de cualquier agencia u organización gubernamental, ley de compensación para trabajadores o programa similar.
8. Medicamentos por los que no se cobra.
9. Medicamentos que reemplazan a los perdidos o robados.
10. Medicamentos recetados por lesiones corporales accidentales o enfermedad que ocurra mientras se encuentre en las fuerzas armadas y que el Secretario de Asuntos de Veteranos determine que están relacionados con el servicio.
11. Fármacos o medicinas comprados después de la terminación del afiliado o antes de su afiliación.
12. Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas (excepto jeringas de insulina).
13. Vitaminas terapéuticas.

14. Recetas para tratamientos capilares, incluyendo, entre otros, Rogaine y Minoxidil.
15. Dispositivos de lanceta.
16. Ayudas cosméticas, de salud o de belleza.
17. Agentes inmunizantes, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo, o medicamentos recetados para uso o administración parenteral, excepto insulina.
18. Cualquier medicamento con la etiqueta “Precaución: Limitado por la ley federal al uso en investigación”, o con un etiquetado similar, o cualquier medicamento experimental, aunque se haga un cargo.
19. Medicamentos de marca que no figuran en el formulario.
20. Medicamentos para la fertilidad.
21. Medicamentos recetados para condiciones o tratamientos no cubiertos por el Beneficio médico.

Recordatorio: Para conocer las exclusiones y limitaciones generales adicionales que se aplican al Plan autofinanciado, consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan .

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

Si usted y/o sus dependientes tienen derecho a la Parte A de Medicare o están inscritos en la Parte B de Medicare, también son elegibles para los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Se ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados descrita en este documento es “acreditable”, lo que significa que se espera que el valor del beneficio de medicamentos recetados de este plan, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Debido a que la cobertura de medicamentos recetados de este plan es por lo general tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, no es necesario que se inscriba en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si pierde su cobertura en el plan, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare durante el período de inscripción anual de Medicare.

Sin embargo, si mantiene la cobertura de este Plan y también se inscribe en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, tendrá cobertura doble de medicamentos recetados y este plan coordinará sus pagos de medicamentos con Medicare. Consulte el Capítulo 12: Coordinación de beneficios (COB) para obtener más detalles sobre cómo el plan se coordina con Medicare. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, deberá pagar la prima de la Parte D de Medicare de su propio bolsillo.

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

CAPÍTULO 8: BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS DE UN VISTAZO	78
¿CÓMO FUNCIONA EL TARP?.....	79
EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN PARA DETERMINADOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS.....	79
RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS	80
Limitaciones del tratamiento por abuso de sustancias	80
Exclusiones del tratamiento por abuso de sustancias (servicios que no están cubiertos)	81
ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS (PRESENTACIÓN DE RECLAMOS) Y APELACIONES DE RECLAMOS.....	81

La evaluación y derivación de la dependencia de drogas y alcohol está disponible para usted y sus dependientes a través del Programa de Rehabilitación de Alcohol de Teamsters (TARP), un contratista independiente del JBT. La información de contacto del TARP se encuentra en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento en Programa de tratamiento por abuso de sustancias.

Los Beneficios por abuso de sustancias del Plan están destinados a cumplir con las regulaciones federales de la Ley de Equidad en Adicciones por Paridad en la Salud Mental (MHPAEA).

Elegibilidad para los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias: Si es elegible para los beneficios médicos del JBT, también es elegible para los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias. Si empieza un curso de tratamiento mientras es elegible para beneficios médicos y posteriormente pierde la elegibilidad para los beneficios médicos durante el curso del tratamiento, ese curso de tratamiento seguirá estando cubierto por el beneficio de tratamiento por abuso de sustancias hasta la conclusión de tal curso de tratamiento.

Red de proveedores: El TARP proporciona una red de profesionales e instalaciones contratados para el tratamiento del abuso de sustancias en California. Estos proveedores contratados le ofrecen un descuento por los servicios cubiertos de tratamiento por abuso de sustancias. Los beneficios cubiertos del tratamiento por abuso de sustancias se describen en este capítulo.

La desintoxicación supervisada por un médico está cubierta por el beneficio médico como cualquier otro ingreso hospitalario para pacientes hospitalizados. Consulte el Anexo de beneficios médicos para obtener más información.

No hay cobertura de servicios fuera de la red (incluyendo los servicios recibidos en un proveedor de la red de Anthem), excepto en una emergencia médica.

NOTA: Si necesita tratamiento por abuso de sustancias fuera de California, comuníquese con el TARP y ellos coordinarán la cobertura o le informarán sobre las instalaciones y los proveedores de tratamiento de la red.

Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias de un vistazo

Anexo de beneficios de tratamiento por abuso de sustancias ESTA TABLA EXPLICA LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR EL PLAN. CONSULTE TAMBIÉN Limitaciones del tratamiento por abuso de sustancias en este capítulo y en el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.	
Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias	Dentro de la red del TARP o un proveedor preaprobado por TARP (Proveedor dentro de la red)
Se requiere autorización previa para la admisión electiva a un centro hospitalario o programa de tratamiento residencial	Si no llama al TARP para una admisión electiva al Hospital o una admisión al programa de tratamiento residencial, corre el riesgo de que le denieguen la cobertura. Todo tratamiento lo debe aprobar el TARP antes de que se paguen los beneficios. Si el TARP determina que la admisión a un centro para pacientes hospitalizados o un programa de tratamiento residencial o cualquier otra forma de tratamiento no era médicamente necesario, no se pagarán beneficios. El TARP remite su aprobación del tratamiento a la Oficina administrativa para que los reclamos por abuso de sustancias se puedan adjudicar de forma adecuada.
Admisión a un centro para pacientes hospitalizados, desintoxicación médica para pacientes hospitalizados o programa de tratamiento residencial	Cobertura del 100% de los cargos permitidos dentro de la red, sin deducible
Visita del médico a una instalación para pacientes hospitalizados o a un programa de tratamiento residencial	Cobertura del 100% de los cargos permitidos dentro de la red, sin deducible
Visitas ambulatorias: Sesiones de consejería individual o grupal	Cobertura del 100% de los cargos permitidos dentro de la red, sin deducible

Anexo de beneficios de tratamiento por abuso de sustancias ESTA TABLA EXPLICA LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR EL PLAN. CONSULTE TAMBIÉN Limitaciones del tratamiento por abuso de sustancias en este capítulo y en el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.	
Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias	Dentro de la red del TARP o un proveedor preaprobado por TARP (Proveedor dentro de la red)
Otro tratamiento ambulatorio, incluyendo el programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP) o la atención diurna parcial/hospitalización parcial	Cobertura del 100% de los cargos permitidos dentro de la red, sin deducible

¿Cómo funciona el TARP?

Los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias del Plan brindan cobertura para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, de forma ambulatoria u hospitalaria. El Anexo de beneficios de tratamiento por abuso de sustancias anterior describe cómo el Plan paga los servicios cubiertos de tratamiento por abuso de sustancias.

Si usted o uno de sus dependientes cubiertos tiene un problema de dependencia con el alcohol o las drogas, llame al TARP al 1-800-522-8277. El tratamiento temprano puede ayudar a salvar su salud. Los especialistas de admisión capacitados del TARP evaluarán la situación, obtendrán información preliminar y explicarán sus opciones.

Los especialistas en admisión del TARP ubicarán a los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias dentro de la red para una evaluación y/o tratamiento adicionales. El TARP puede recomendar:

- Recursos comunitarios (como Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, Narcóticos Anónimos);
- Tratamiento ambulatorio; o
- Tratamiento hospitalario.

Si necesita tratamiento por abuso de sustancias fuera de California, comuníquese con el TARP para que puedan coordinar la cobertura o asesorarlo sobre las instalaciones y los proveedores de tratamiento de la red.

Bajo este Plan, no se pagan beneficios de tratamiento por abuso de sustancias de un profesional o centro fuera de la red que no esté aprobado por el TARP, excepto en caso de servicios de emergencia. Una vez que se haya logrado la desintoxicación, el TARP puede recomendar que lo cambien de un proveedor fuera de la red a un proveedor de la red TARP. Negarse a que lo cambien dará lugar a la pérdida de cualquier beneficio adicional.

Si pierde la elegibilidad para la cobertura mientras está en tratamiento, el Plan seguirá pagando para que complete un curso de tratamiento.

Si hay una emergencia médica relacionada con el consumo de alcohol o drogas, el reclamo se procesa de acuerdo con los beneficios descritos en el Anexo de beneficios médicos (que se encuentra en el Capítulo 6) para los servicios utilizados en una emergencia médica, como una ambulancia o una sala de emergencias.

Consejos HEALTHSMART

Asegúrese de llamar al TARP (1-800-522-8277) antes de buscar tratamiento de rehabilitación. El TARP le recomendará una instalación adecuada.

Evaluación y derivación para determinados servicios de tratamiento por abuso de sustancias

Al igual que se requiere autorización previa para determinados servicios de beneficios médicos, también se requiere autorización previa para determinados servicios de tratamiento por abuso de sustancias. Si sufre de abuso de sustancias, llame al TARP(1-800-522-8277) para una evaluación de su condición y autorización para el tratamiento.

Durante la evaluación, el TARP evaluará su situación y describirá las opciones, incluyendo la información sobre el tratamiento de abuso de sustancias dentro de la red y las instalaciones de tratamiento de abuso de sustancias aprobadas por el TARP. La evaluación y la derivación consisten en una sesión de admisión con un consejero del TARP, después de la cual se hará una derivación a una forma apropiada de tratamiento, que puede incluir:

- Atención basada en un centro de tratamiento residencial u hospitalario;
- Tratamiento de seguimiento diurno, como un programa ambulatorio intensivo u hospitalización diurna parcial;
- Visitas ambulatorias;
- Derivación a recursos comunitarios; o
- Cualquier combinación de las anteriores.

Las recomendaciones y derivaciones están diseñadas para maximizar sus posibilidades de recuperación. Los consejeros del TARP lo seguirán durante el tratamiento y pueden ajustar su plan de tratamiento según su progreso.

El TARP se pondrá en contacto con el proveedor de tratamiento y el paciente a fin de proporcionar información, consejería y asesoramiento para facilitar la recuperación y fomentar la asistencia a grupos de autoayuda adecuados para su programa de tratamiento posterior.

Restricciones y limitaciones de la autorización previa de los servicios de tratamiento por abuso de sustancias

1. El hecho de que su proveedor de atención médica recomiende un tratamiento ambulatorio u hospitalario o que su proveedor de atención médica proponga o proporcione otros servicios o suministros de tratamiento por abuso de sustancias no significa que los servicios o suministros recomendados sean un gasto elegible o que se consideren médicamente necesarios para determinar la cobertura bajo el Plan. Para estar seguro de la cobertura, debe recibir la aprobación del TARP para el tratamiento.
2. La evaluación y la autorización previa no están destinadas a diagnosticar o tratar condiciones de tratamiento por abuso de sustancias, validar la elegibilidad para la cobertura ni garantizar el pago de los beneficios del plan. La certificación del TARP de que un servicio es médicamente necesario no significa que el pago de un beneficio esté garantizado. La elegibilidad y el pago real de los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Plan tal como se describe en este documento. Por ejemplo, los beneficios no serían pagaderos si su elegibilidad para la cobertura finalizara antes de que empezaran los servicios o si los servicios no estuvieran cubiertos por el Plan, ya sea en su totalidad o en parte.
3. Todas las decisiones sobre el tratamiento dependen de usted y de su proveedor de atención médica. Sin embargo, los beneficios pagaderos por el Plan pueden verse afectados por la determinación del TARP.
4. Con respecto a la administración de este Plan, el JBT y el TARP no se dedican a la práctica de la medicina, y ninguno de ellos asume la responsabilidad de la calidad de los servicios de atención médica que realmente se brindan, incluso si han sido certificados por el TARP como médicamente necesarios, o de los resultados si el paciente elige no recibir servicios que el TARP no ha certificado como médicamente necesario.
5. Una vez más, la **autorización previa de un tratamiento/servicio no garantiza que el Plan pagará beneficios por ese servicio** porque, otros factores, como la inelegibilidad para la cobertura en la fecha real del servicio, la información presentada durante la autorización previa que varía de los servicios reales realizados en la fecha del servicio, y/o el servicio prestado que no es un beneficio cubierto, pueden ser un factor para el no pago de un servicio.

Limitaciones del tratamiento por abuso de sustancias

Los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias no están cubiertos para los servicios que no son servicios médicamente necesarios tal como se define en el capítulo Definiciones de este documento. El Plan cubrirá solo los servicios de tratamiento por abuso de sustancias que son:

- Ofrecidos por proveedores de la red TARP que actúan dentro del alcance de su licencia, si se requiere alguna según la ley estatal;
- Excepto en el caso de una emergencia, los servicios se brindan de acuerdo con un plan de tratamiento de un proveedor de la red TARP que prescribe servicios cubiertos para trastornos por abuso de sustancias/abuso de sustancias diagnosticadas; y

- Proporcionados bajo un plan de tratamiento que lo desarrolla un médico calificado y que lo autoriza para brindar servicios cubiertos.

Exclusiones del tratamiento por abuso de sustancias (servicios que no están cubiertos)

La siguiente es una lista de servicios y suministros o gastos no cubiertos (excluidos) bajo los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias. La Junta de Fideicomisarios o su designado tienen autoridad discrecional para determinar la aplicabilidad de estas exclusiones y los otros términos de los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del Plan.

Lea atentamente estas exclusiones antes de buscar consejería o tratamiento. Tenga en cuenta que algunos de los servicios y tratamientos no cubiertos por los beneficios del tratamiento por abuso de sustancias pueden estar cubiertos por el Beneficio médico del JBT (Capítulo 6).

Los siguientes servicios **no están cubiertos** como servicios de tratamiento por abuso de sustancias:

1. Servicios que excedan los que autoriza previamente el TARP.
2. Servicios, tratamiento o suministros para pacientes hospitalizados provistos sin autorización, excepto en caso de una emergencia.
3. Tratamiento ordenado por un tribunal, excepto cuando sea médicamente necesario.
4. Habitaciones de hospital privadas y/o servicios de enfermería privados, a menos que se determine que son médicamente necesarios.
5. Servicios de custodia para servicios y suministros destinados a ayudar a un miembro a satisfacer sus necesidades personales, no médicas o no relacionadas con la salud conductual. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos médicamente necesarios que se proporcionan a un miembro que reside en un centro de tratamiento de abuso de sustancias cubierto.
6. Habilidades educativas, habilidades laborales, habilidades sociales.
7. No hay cobertura para servicios dentro de un plan de tratamiento diseñado exclusivamente para consejería o capacitación laboral, investigaciones requeridas para el empleo, educación para obtener o mantener un empleo o para certificación profesional o rehabilitación vocacional, o educación para el crecimiento personal o profesional.
8. Servicios, tratamientos o suministros de atención médica que se consideren experimentales (según se define en el capítulo Definiciones).
9. Tratamiento de biorretroalimentación, hipnoterapia o acupuntura, a menos que lo autorice previamente el TARP en función de ser una necesidad médica.
10. Tratamiento recibido de una instalación de California u otro proveedor de California que no sea un proveedor aprobado por el TARP.
11. Gastos de un programa de terapia en la naturaleza, un programa de salud conductual al aire libre, un programa tipo campo de entrenamiento, un internado, una escuela militar, un hogar de crianza/cuidado o un hogar grupal, o cualquier otra instalación que combine el tratamiento por abuso de sustancias y la educación general.

Para conocer las exclusiones y limitaciones generales adicionales que se aplican al Plan autofinanciado, consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan .

Administración de reclamos (presentación de reclamos) y apelaciones de reclamos

Los reclamos de tratamiento por abuso de sustancias y las apelaciones de reclamos los maneja la Oficina administrativa (la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento). Por lo general, no es necesario que presente formularios de reclamos para los proveedores de la red TARP. Estos proveedores facturarán al plan de forma directa. Para obtener información general sobre reclamos y apelaciones, consulte el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones.

CAPÍTULO 9: BENEFICIOS DENTALES

ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DENTALES	84
GASTOS DENTALES CUBIERTOS	84
EXPLICACIÓN DE LOS GASTOS DENTALES QUE NO SE PAGARÁN	84
RED DENTAL	84
¿CUÁNTO PAGA EL BENEFICIO DENTAL?	85
Deducible por año calendario.....	85
Coseguro	85
Beneficios dentales máximos anuales	85
Predeterminación de los beneficios dentales.....	85
EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DENTAL DEL JBT	86
ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES	86
Medicamentos recetados necesarios para fines odontológicos	91
SERVICIOS DENTALES NO CUBIERTOS	91
General.....	91
Diagnóstico preventivo	92
Restaurativo	92
Endodoncia.....	93
Periodontal	93
Prostodoncia.....	93
Cirugía Oral	94
PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMO DE BENEFICIOS DENTALES/APELACIÓN DE UN RECLAMO DENEGADO	95

Los beneficios dentales se tratan como un beneficio independiente (o exceptuado) según la HIPAA y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los empleados pueden elegir/rechazar los beneficios dentales cada año.

Elegibilidad para beneficios dentales

Si es elegible para la cobertura médica del JBT, es elegible para los beneficios dentales descritos en este capítulo. Los beneficios dentales del JBT proporcionan beneficios para muchos servicios y procedimientos dentales.

Gastos dentales cubiertos

El JBT ha establecido un cargo permitido para la mayoría de los procedimientos dentales. Estos cargos permitidos se establecen en la Tabla de asignaciones que se puede obtener al llamar a la Oficina administrativa. El beneficio es un porcentaje del cargo permitido por el procedimiento menos cualquier deducible no cubierto. El JBT contrata a una red de proveedores dentales que han acordado aceptar el Cargo permitido en la Tabla de asignaciones como pago completo.

Usted tiene cobertura para los gastos en los que incurra para la mayoría, pero no todos, los servicios y suministros dentales proporcionados por un proveedor de atención dental (tal como se define en el capítulo Definiciones de este documento) que el Administrador del Plan o su designado determine que son “médicamente necesarios”, pero solo en la medida en que sean:

- Necesarios para prevenir o eliminar enfermedades bucales o mantener o restaurar la función;
- No sean experimentales ni cosméticos;
- Proporcionados por un médico con licencia, que opera dentro del alcance de su licencia;
- No excluidos de la cobertura;
- Dentro del cargo permitido del beneficio dental (según se define en el capítulo Definiciones de este documento).

Explicación de los gastos dentales que no se pagarán

El plan no le reembolsará los gastos que no sean gastos dentales elegibles (consulte Determinación previa de los beneficios dentales). Eso significa que debe pagar el costo total de todos los gastos que no estén cubiertos por el Plan, así como cualquier cargo por gastos dentales elegibles que exceda la cantidad que determina el Plan como el cargo permitido.

CONSEJOS HEALTHSMART

Para recibir los beneficios máximos proporcionados por el beneficio dental, utilice un dentista que haya aceptado participar en la red dental. Los dentistas participantes han firmado contratos acordando no cobrar más que el cargo dental permitido por el tratamiento y el servicio. Recibirá un directorio de dentistas dentro de la red sin costo para usted por correo a su última dirección conocida. También puede comunicarse con la Oficina administrativa para obtener una lista de dentistas dentro de la red en su área.

Los dentistas que no pertenecen a la red no han acordado aceptar el cargo dental permitido como pago completo. Es posible que le cobren más que los montos de beneficios pagaderos según el Beneficio dental. En este caso, usted paga su coseguro del 50% requerido del cargo permitido, más cualquier monto que exceda el cargo permitido.

Red Dental

Proveedores de red: Los proveedores dentro de la red (dentistas e higienistas dentales con licencia) tienen un contrato con la red dental para proporcionar servicios por el cargo permitido establecido en la tabla de asignaciones. Puede obtener una lista actualizada de proveedores dentales de la red sin cargo al comunicarse con la Oficina administrativa. Para recibir servicios, simplemente llame a un proveedor dental de la red e identifíquese como miembro del JBT.

Proveedores fuera de la red (externos): Puede recibir servicios de cualquier proveedor dental autorizado; sin embargo, este Plan pagará solo un porcentaje del cargo permitido. La factura detallada que refleja los honorarios del proveedor fuera de la red debe enviarse al Administrador de Reclamos de beneficios dentales para su reembolso. Se le reembolsará de acuerdo con el cargo permitido.

Los servicios de un proveedor fuera de la red pueden costarle más que si esos mismos servicios se obtuvieran de un proveedor dentro de la red. **Los proveedores que no pertenecen a la red pueden facturarle cualquier saldo adeudado que supere el cargo permitido, también denominado “facturación del saldo”.** La facturación del saldo se produce cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente cargos (que no sean copagos, coseguro o deducibles) que exceden el pago del Plan por un servicio cubierto. **Puede evitar la facturación del saldo al utilizar proveedores dentro de la red.** (Consulte las definiciones de Cargo permitido y Facturación de saldo en el capítulo Definiciones de este documento.)

¿Cuánto paga el beneficio dental?

Deducible por año calendario

Cada año calendario, usted es responsable de pagar todos sus Gastos dentales elegibles hasta que cumpla con el Deducible anual. Luego, el Plan empieza a pagar beneficios. Este deducible es de \$50 por persona, pero no más de \$100 por familia. Entonces, si la empleada incurre en \$40 en cargos dentales elegibles y sus dos hijos incurren en \$30 cada uno, entonces todos los familiares cubiertos habrán cumplido con su requisito de deducible, aunque ningún familiar haya incurrido todavía en \$50 en cargos cubiertos.

En algunos casos, es posible que necesite servicios bajo un solo plan de tratamiento que continúa de un año calendario al siguiente. Debe volver a satisfacer el deducible por año calendario en el segundo año de tratamiento antes de que se paguen los beneficios. El deducible se aplica cada año calendario. El deducible no se transferirá al siguiente año calendario.

Coseguro

El coseguro es la forma en que usted y el plan dividirán el costo de determinados gastos dentales cubiertos cuando se haya alcanzado el deducible. Una vez que haya alcanzado su deducible anual, el Plan paga hasta el 50% del Cargo permitido por los Gastos dentales elegibles y usted es responsable de pagar el resto. La parte que paga se llama Coseguro.

Beneficios dentales máximos anuales

Los Beneficios dentales máximos anuales del Plan pagaderos por cualquier individuo cubierto por este Plan es de \$800 por persona por año calendario.

Predeterminación de los beneficios dentales

Si el plan de tratamiento descrito por su dentista, incluyendo el examen y las radiografías necesarias, cuesta \$500 o más, debe obtener la aprobación previa (determinación previa) de la Oficina administrativa para asegurarse de que todos los procedimientos estén cubiertos. Este procedimiento le permite saber cuánto tendrá que pagar antes de empezar el tratamiento. Incluso si su dentista los recomienda, muchos procedimientos no están cubiertos (consulte más adelante Servicios dentales no cubiertos) o solo están cubiertos en circunstancias limitadas (consulte el Anexo de beneficios dentales en este capítulo). Con una determinación previa, puede estar seguro de cuánto pagará el beneficio dental por el tratamiento recomendado. Si su tratamiento no cuenta con autorización previa, es posible que el Beneficio dental no pague ningún beneficio por su tratamiento.

Para obtener una estimación previa al tratamiento, debe completar su parte del formulario de reclamo dental y llevarlo al consultorio de su dentista. Su dentista enviará el plan de tratamiento propuesto a la Oficina administrativa para su aprobación por escrito. La Oficina administrativa revisará el plan de tratamiento para asegurarse de que los servicios propuestos estén cubiertos y sean médicamente necesarios. La Oficina administrativa le enviará a usted y a su dentista (dentro de los 30 días) un estado de cuenta que muestre lo que pagará el Plan. Tener su plan de tratamiento predeterminado acelera el pago cuando se presenta un reclamo por estos servicios.

Si no tiene un tratamiento predeterminado y la Oficina administrativa no puede determinar, una vez realizado el tratamiento, si era necesario, es posible que se le nieguen los beneficios.

Extensión de la cobertura dental del JBT

A diferencia de todas las demás coberturas, la cobertura dental finaliza el segundo mes después del último mes en que trabajó 80 horas.

Ejemplo: Trabaja 85 horas en septiembre de 2020 y luego lo despiden. Tiene cobertura dental en octubre porque trabajó 80 horas en septiembre Y tiene cobertura en noviembre (“mes de gracia”).

Plan de tratamiento aprobado: Si su dentista presenta un plan de tratamiento basado en el trabajo completado antes del final del mes de “gracia” y el plan es aprobado, entonces se pagarán los beneficios por los procedimientos aprobados que se realicen durante los próximos tres meses calendario posteriores al mes de gracia.

Ejemplo: Para continuar con el ejemplo anterior, su dentista presenta un plan de tratamiento basado en el trabajo de diagnóstico realizado durante octubre y noviembre. El plan se aprueba. Los procedimientos aprobados que se completen durante noviembre (el mes de gracia) y diciembre de 2020, enero de 2021 y febrero de 2021 estarán cubiertos de acuerdo con las reglas normales de beneficios del plan dental (deducibles, beneficio máximo por año calendario, etc.).

Solo se cubrirán los procedimientos completados durante este período de tiempo que sean parte del plan de tratamiento.

Anexo de beneficios dentales

En las siguientes páginas aparece un cuadro que muestra una descripción de los Beneficios dentales del Plan y sus explicaciones, junto con la diferencia en el pago cuando se utiliza un proveedor de servicios dentales dentro o fuera de la red.

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible de beneficios dentales, excepto cuando se indique.

IMPORTANTE: A los proveedores que no pertenecen a la red se les paga de acuerdo con el Cargo permitido según lo definido en el capítulo Definiciones y podría resultar en una Facturación del saldo para usted.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Máximo anual</u> - Se determina por año calendario. - El beneficio máximo anual incluye atención dentro y fuera de la red.	El Máximo anual no incluye ni acumula: - El deducible de beneficios dentales - Cualquier monto superior al Cargo permitido en la Tabla de asignaciones. - Cualquier otro gasto dental no elegible.	\$800 por persona	
<u>Deducible</u> - El Deducible anual es la cantidad de dinero que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan empiece a pagar los beneficios. - Los deducibles se aplican a los Gastos dentales elegibles en el orden en que el plan procesa los reclamos. - Solo los gastos dentales elegibles se pueden utilizar para satisfacer los deducibles del plan. - El Deducible se aplica a todos los servicios cubiertos, tanto dentro como fuera de la red.	- En algunos casos, es posible que necesite servicios bajo un solo plan de tratamiento que continúa de un año calendario al siguiente. Debe volver a satisfacer el Deducible por año calendario en el segundo año de tratamiento antes de que se paguen los beneficios. - El deducible se aplica cada año calendario. El deducible no se transferirá al siguiente año calendario.	\$50 por persona \$100 por familia	

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible de beneficios dentales, excepto cuando se indique.

IMPORTANTE: A los proveedores que no pertenecen a la red se les paga de acuerdo con el Cargo permitido según lo definido en el capítulo Definiciones y podría resultar en una Facturación del saldo para usted.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor																															
Coseguro Una vez que se alcanza el deducible, el coseguro es la forma en que usted y el Plan dividirán el costo de los Cargos permitidos para ciertos gastos dentales cubiertos.	El coseguro no se aplica a: - El deducible de beneficios dentales - Cualquier monto superior al cargo permitido - Cualquier otro gasto dental no elegible. - Para la atención fuera de la red, usted es responsable de todos los montos que superen el Cargo permitido	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible. Su costo de bolsillo se limita al coseguro (50% del Cargo permitido), el deducible y cualquier monto que resulte en un beneficio de más de \$800.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible. Su costo de bolsillo es la suma de su coseguro (50% del cargo permitido), el deducible, cualquier monto que resulte en un pago de beneficios superior a \$800 Y Cualquier diferencia entre el cargo facturado y el Cargo permitido																															
Una vez que haya alcanzado su deducible anual, el Plan paga hasta el 50% del Cargo permitido por los Gastos dentales elegibles y usted es responsable de pagar el resto.	Ejemplo: <table><tr><td></td><td>Dentro de la red</td><td>Fuera de la red</td></tr><tr><td>Cargo</td><td>\$500</td><td>\$500</td></tr><tr><td>Cargo permitido tal como se muestra en la Tabla de asignaciones</td><td>300</td><td>300</td></tr><tr><td>Menos deducible</td><td>(50)</td><td>(50)</td></tr><tr><td>Saldo</td><td>250</td><td>250</td></tr><tr><td>Beneficio (50% del saldo)</td><td>125</td><td>125</td></tr><tr><td>Costo de bolsillo</td><td></td><td></td></tr><tr><td> Coseguro</td><td>125</td><td>125</td></tr><tr><td> Deducible</td><td>50</td><td>50</td></tr><tr><td> Diferencia entre cargo y monto permitido</td><td>-0-*</td><td>200</td></tr><tr><td> Costo total de bolsillo</td><td>175</td><td>375</td></tr></table> *El paciente no es responsable de la diferencia entre el cargo facturado y el Cargo permitido.				Dentro de la red	Fuera de la red	Cargo	\$500	\$500	Cargo permitido tal como se muestra en la Tabla de asignaciones	300	300	Menos deducible	(50)	(50)	Saldo	250	250	Beneficio (50% del saldo)	125	125	Costo de bolsillo			Coseguro	125	125	Deducible	50	50	Diferencia entre cargo y monto permitido	-0-*	200	Costo total de bolsillo
	Dentro de la red	Fuera de la red																																
Cargo	\$500	\$500																																
Cargo permitido tal como se muestra en la Tabla de asignaciones	300	300																																
Menos deducible	(50)	(50)																																
Saldo	250	250																																
Beneficio (50% del saldo)	125	125																																
Costo de bolsillo																																		
Coseguro	125	125																																
Deducible	50	50																																
Diferencia entre cargo y monto permitido	-0-*	200																																
Costo total de bolsillo	175	375																																
Atención preventiva/de diagnóstico - La atención de diagnóstico incluye radiografías de toda la boca una vez cada cinco años, radiografías de mordida una vez cada 12 meses y exámenes y limpieza bucales una vez cada seis meses. - La atención preventiva incluye tratamiento con flúor una vez cada seis meses para dependientes cubiertos menores de 18 años. - Los selladores dentales para dientes posteriores permanentes están cubiertos solo para hijos dependientes menores de 16 años.	- El pago del beneficio por múltiples radiografías o por una radiografía panorámica cuando se combina con otras radiografías no excederá la asignación para una radiografía de boca completa. La asignación para modelos de estudio está incluida en el pago del beneficio por prótesis fija o removible. - Si se requiere un mantenedor de espacio bilateral en el mismo arco, el beneficio cubierto es un mantenedor de espacio bilateral con bandas molares conectadas por un arco de alambre.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo																															

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible de beneficios dentales, excepto cuando se indique.

IMPORTANTE: A los proveedores que no pertenecen a la red se les paga de acuerdo con el Cargo permitido según lo definido en el capítulo Definiciones y podría resultar en una Facturación del saldo para usted.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Odontología restauradora</u> Incluye empastes de amalgama y composite	- Las coronas también están cubiertas, pero no más de una vez cada cinco años para cada procedimiento. - Las restauraciones proximales en dientes anteriores no deben exceder las tres superficies dentales. Las restauraciones de “mancha” oclusal y bucal o de surco lingual en el mismo diente se pagan como una obturación única de dos superficies. - Las acumulaciones de amalgama o resina compuesta, incluyendo pernos, se consideran parte de la preparación para la restauración completa, excepto en circunstancias especiales y por informe. - La corrección de la oclusión se considera parte de la restauración completa que involucra superficies oclusales.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo
<u>Prostodoncia</u> Incluye dentaduras postizas parciales fijas (puentes) y dentaduras postizas removibles (parciales y completas) no más de una vez cada cinco años para cada procedimiento.	- La tarifa permitida por una dentadura postiza parcial removible incluye todos los dientes y broches. - La corrección de la oclusión se considera parte de la prostodoncia completa que involucra superficies oclusales.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo
<u>Cirugía Oral</u> Incluye extracciones	Se considera biopsia con informe de patología.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo
<u>Endodoncia</u> Incluye terapia pulpar y empastes de conductos radiculares	La asignación de beneficios para la terapia de endodoncia por el mismo dentista incluye el tratamiento inicial, radiografías intermedias y finales, empastes temporales y cultivos.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo
<u>Periodoncia</u> Incluye tratamiento de encías y tejidos que sostienen los dientes	- La cirugía mucogingival u ósea y los injertos de tejido blando se consideran cuando se requieren para restaurar la forma y función. - Los procedimientos periodontales utilizados con fines cosméticos y los procedimientos asociados con implantes no están cubiertos.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 15: Definiciones para obtener información importante.

Todos los beneficios están sujetos al Deducible de beneficios dentales, excepto cuando se indique.

IMPORTANTE: A los proveedores que no pertenecen a la red se les paga de acuerdo con el Cargo permitido según lo definido en el capítulo Definiciones y podría resultar en una Facturación del saldo para usted.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red Proveedor
<u>Procedimientos cubiertos únicamente en circunstancias especiales</u> - Espaciadores extraíbles, cuando se puede colocar un mantenedor de espacio fijo; - Incrustaciones dentales (inlays y onlays) y retenedores para dentaduras postizas parciales fijas (puentes); - Carillas, coronas y puentes de porcelana a metal posteriores al primer molar superior y al segundo premolar mandibular (se hará un margen para coronas de metal completo y/o puentes de metal); - Dentaduras postizas parciales removibles unilaterales; - Puentes en voladizo posterior de extensión distal; - Una dentadura postiza parcial fija (puente) en el mismo arco que una dentadura postiza parcial removible; - Prótesis fijas cuando faltan una gran cantidad de dientes en el mismo arco y/o cuando la pérdida ósea periodontal avanzada es evidente radiográficamente; - Reemplazo de segundos molares a menos que sea parte de una dentadura postiza parcial fija (puente) que restaure otros dientes; - Conductos radiculares y coronas en terceros molares; - Procedimientos quirúrgicos periodontales solo cuando se pueda demostrar la necesidad y cuando el participante haya mantenido una buena higiene bucal durante aproximadamente un año después del raspado; - No más de dos cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio sin verificación de la cantidad y el tipo de anestesia local utilizada; o circunstancias especiales documentadas. - Más de cuatro cuadrantes de raspado y alisado radicular en un período de 24 meses; - Cualquier tratamiento para el bruxismo	Los servicios deben contar con autorización previa. Si no se obtiene la autorización previa, no se pagarán beneficios.	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 50% del Cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo

Medicamentos recetados necesarios para fines odontológicos

Los Medicamentos recetados necesarios para un propósito dental, como antibióticos o analgésicos, deben obtenerse utilizando el Beneficio de medicamentos recetados. Tenga en cuenta que algunos medicamentos para uso dental (como el enjuague bucal periodontal) no están cubiertos. Consulte el Capítulo 7: Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para obtener más información.

Servicios dentales no cubiertos

Los siguientes tratamientos y servicios están específicamente excluidos de la cobertura dental:

General

- 1) Cualquier servicio o suministro que el Administrador del Plan o su designado determine que no es médica o dentalmente necesario.
- 2) Cualquier tratamiento que realice alguien que no sea un dentista con licencia, excepto los cargos por profilaxis dental (limpieza y raspado) que realice un higienista dental con licencia.
- 3) Procedimientos experimentales.
- 4) Cargos por servicios prestados por cualquier persona, dentista u organización, que normalmente no cobra en ausencia de beneficios dentales.
- 5) Cualquier tratamiento o servicio por el cual usted no tiene responsabilidad financiera o que se brindaría sin costo alguno en ausencia de cobertura dental.
- 6) Servicios que son un componente integral de un tratamiento cubierto (por ejemplo, separación dental).
- 7) Gastos relacionados con complicaciones de un servicio no cubierto.
- 8) Tarifas cobradas por los procedimientos de control de infecciones y el cumplimiento de los requisitos de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA).
- 9) Gastos hospitalarios relacionados con la atención dental: Gastos de hospitalización relacionados con cirugía o atención dental, excepto los que puedan ser pagaderos en virtud del Beneficio médico según se indica en el Anexo de beneficios médicos.
- 10) **Servicios cosméticos:** Gastos por cirugía dental o tratamiento dental con fines cosméticos, según lo determine el Administrador del Plan o su designado, incluyendo, entre otros, blanqueamiento de dientes, carillas, para corregir los efectos de la hipoplasia (falta de desarrollo) del esmalte y la fluorosis (decoloración de los dientes).
- 11) Puentes, dentaduras postizas, retenedores o aparatos personalizados: Gastos de personalización o caracterización de cualquier prótesis dental, incluyendo, entre otros, puentes, dentaduras postizas, retenedores o dispositivos.
- 12) Cargos por completar formularios de reclamo o por citas no cumplidas.
- 13) Procedimientos en los que el pronóstico es malo, según lo determine el Administrador del Plan o su designado.
- 14) Cualquier tratamiento en dientes temporales que estén exfoliantes o que vayan a exfoliar pronto.
- 15) Tratamiento como resultado de una malformación congénita en la medida que lo permita la ley federal.
- 16) Tratamiento de disfunción de la articulación temporomandibular o de la mandíbula (TMD): Gastos por tratamiento, por cualquier medio, de problemas de la articulación de la mandíbula, incluyendo la disfunción de la articulación temporomandibular (TMD), el trastorno o síndrome, excepto en la medida en que se pague según el Anexo de beneficios médicos, y cualquier otro trastorno craneomandibular u otras condiciones de la articulación que une la mandíbula y cráneo, y los músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

- 17) Registros gnatológicos para el movimiento y la posición de la mandíbula: Gastos por registros gnatológicos (medición de la fuerza que se ejerce en el cierre de las mandíbulas) según se realiza para el movimiento y la posición de la mandíbula.
- 18) Aparato de reposicionamiento ortopédico para la corrección de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMD) (este puede ser un cargo que se permita según el beneficio médico del JBT si el aparato se usa en lugar de una cirugía).
- 19) Aparatos o restauraciones para aumentar la dimensión vertical, restaurar la oclusión, estabilizar la estructura dental perdida por desgaste o bruxismo (apretar/rechinar los dientes) y dispositivos para hábitos nocivos como chuparse el dedo.
- 20) Protectores bucales: Gastos por protectores bucales deportivos y dispositivos asociados.
- 21) Tratamiento de ortodoncia.
- 22) Implantología: Gastos relacionados con la implantología (artículos que sirven como estructuras de raíz artificiales o de reemplazo puestas en la mandíbula para soportar/anclar dientes de reemplazo, puentes, dentaduras postizas u otras prótesis dentales) que incluyen, entre otros, trasplantes de dientes o implantes dentales, también denominados implantes endoóseos, implantes endodónticos, implantes intencionales.
- 23) Rehabilitación o reconstrucción de boca completa.
- 24) Gastos relacionados con el criopreservamiento de células madre periféricas en dientes u otros tejidos.
- 25) Terapia miofuncional: Gastos por terapia miofuncional.
- 26) Premedicación, terapia profiláctica, hipnosis, analgesia relativa (óxido nitroso) y sedación intravenosa, excepto para pacientes discapacitados o incontrolables documentados.
- 27) Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos, barreras reabsorbibles o no reabsorbibles para la regeneración tisular guiada.

Diagnóstico preventivo

- 28) Permisos para radiografías individuales que exceden el límite para una radiografía de boca completa.
- 29) Limpiezas cuando quedan cálculos residuales gruesos.
- 30) Radiografías que son inaceptables para el diagnóstico.
- 31) Fotografías de dientes/encías/cavidad bucal
- 32) Selladores de dientes para personas mayores de 17 años.
- 33) Tratamiento con flúor para personas de 18 años o más, y tratamiento con flúor más de una vez cada seis meses para personas menores de 18 años.
- 34) Planificación dietética para el control de la caries dental.
- 35) Instrucción separada sobre higiene bucal y “control de placa”.
- 36) Mantenedores de espacio cuando los primeros molares permanentes y los segundos molares deciduos están en oclusión.
- 37) Espaciadores cuando los espacios se han cerrado o las coronas de los dientes en erupción han penetrado en el hueso alveolar.
- 38) Los estudios bacteriológicos y las pruebas de susceptibilidad para la caries dental (caries) no están cubiertos.

Restaurativo

- 39) Reemplazo de coronas perdidas o rotas dentro de los cinco años posteriores a la restauración.
- 40) Cargos por coronas cuando la impresión se toma en un mes no elegible, incluso si el servicio se completó en un mes elegible.

- 41) Cargos por coronas que no están instaladas, incluso si se ha tomado la impresión.
- 42) Restauraciones de resina compuesta en superficies linguales
- 43) Restauraciones de yeso cuando el diente se puede restaurar con una amalgama o con una restauración de resina compuesta.
- 44) Coronas provisionales.
- 45) Corona temporal para un diente fracturado.
- 46) Cargos por coronas en dientes cuando las radiografías o los gráficos periodontales indican la necesidad de un trabajo periodontal.
- 47) Coronas en presencia de cálculo residual macroscópico.
- 48) Restauraciones de resina compuesta en molares.
- 49) Cualquier corona de porcelana de metal fundido o porcelana fusionada a una corona de metal para pacientes menores de 16 años (se hará un subsidio para la corona de acrílico o acero inoxidable).
- 50) Dos restauraciones en una sola superficie dental durante una visita.
- 51) Restauraciones permanentes realizadas dentro de los dos meses posteriores a la remineralización (recalcificación).
- 52) Asignación para múltiples restauraciones en un diente que exceden el costo de una corona cubierta.
- 53) Coronas con márgenes defectuosos.
- 54) Empastes y coronas cuando existan grandes voladizos.

Endodoncia

- 55) Terapia de endodoncia utilizando el “Método Sargenti”.
- 56) Conducto radicular cuando se utiliza para facilitar la colocación del aparato.
- 57) Recubrimiento pulpar a menos que la pulpa esté expuesta o casi expuesta.
- 58) Tacos, postes y pernos, a menos que quede una estructura coronal insuficiente para retener la restauración de la corona.
- 59) Obturaciones del conducto radicular muy poco o demasiado llenas.

Periodontal

- 60) Gingivectomía junto con la preparación de la corona.
- 61) Ferulización de dientes para soporte periodontal.

Prostodoncia

- 62) Reemplazo de dentaduras postizas parciales fijas perdidas o rotas y aparatos protésicos removibles (dentaduras postizas, totales y parciales) dentro de los cinco años posteriores a la restauración.
- 63) Cargos por dentaduras postizas parciales fijas (puentes), dentaduras postizas parciales y completas removibles cuando la impresión se tomó en un mes no elegible, aunque el servicio elegible se completó en un mes elegible.
- 64) Cargos por dentaduras postizas parciales fijas, dentaduras postizas parciales y completas removibles, que no se instalan incluso si se ha tomado la impresión.
- 65) Cargos por dentaduras postizas parciales fijas o removibles en los dientes cuando las radiografías o gráficos periodontales indican la necesidad de un trabajo periodontal.
- 66) Dentaduras postizas parciales fijas o removibles en presencia de cálculo residual macroscópico.
- 67) Cargos por extracción de prótesis parcial unilateral.

- 68) Con respecto a las dentaduras postizas completas o parciales (fijas o removibles), el tratamiento que involucre lo siguiente no está cubierto:
- a. Técnicas especializadas para el tratamiento de dentaduras postizas totales o parciales (fijas o removibles).
 - b. Aditamentos de precisión o rompe tensiones para prótesis parciales y aparatos asociados.
 - c. Personalización y caracterización de prótesis totales o parciales.
 - d. Registro gnatólógico (para prótesis removible o fija).
 - e. Procedimientos asociados con superposiciones (sobredentaduras) e implantes.
 - f. Dentaduras postizas parciales o completas con yeso removible para pacientes menores de 16 años.
 - g. Dentaduras postizas completas cuando se pueden colocar dentaduras postizas removibles parciales.
- 69) Revestimiento solo después de seis meses desde la colocación inicial y no más de una vez al año a partir de entonces. En el caso de las dentaduras postizas inmediatas, se permitirá un revestimiento después del período de curación y una vez al año a partir de entonces.
- 70) Dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para pacientes menores de 16 años.
- 71) Reemplazo de dientes posteriores faltantes cuando el espacio está en gran parte cerrado y ninguno de los dientes proximales requiere restauración de corona.
- 72) Reemplazo de dientes faltantes cuando el individuo tiene al menos 12 dientes posteriores en oclusión.
- 73) Dentaduras postizas parciales provisionales (placas de apoyo) excepto (1) para reemplazar dientes anteriores extraídos para adultos durante el período de curación; (2) como mantenedor del espacio anterior para niños; o (3) como una alternativa temporal a una prótesis permanente en presencia de una enfermedad periodontal progresiva que probablemente conduzca a una mayor pérdida de dientes.

Cirugía Oral

- 74) Corrección quirúrgica mediante injertos para la retención de prótesis.
- 75) Extracción de la corona restante de un diente decíduo exfoliante cuando las raíces se reabsorban esencialmente.
- 76) Extracción de dientes esenciales y estratégicos que se pueden retener con terapia de endodoncia.
- 77) Extracción de dientes que se pueden retener para evitar la conversión innecesaria de un paciente a edentulismo (parcial o completo).
- 78) Prótesis de aumento de paladar, prótesis de elevación de paladar.
- 79) Reducción de la dislocación y tratamiento de un trastorno temporomandibular (que no sea la reducción abierta o cerrada de la dislocación).
- 80) Implantes de endoóseo.
- 81) Anestesia general, excepto para procedimientos quirúrgicos u operativos aprobados por el consultor dental del JBT o cuando se confirma una alergia a la anestesia local (debe administrarse bajo la supervisión directa de un cirujano oral certificado por la Junta Dental del estado o elegible por la Junta, un anestesista o un Dentista con calificaciones aprobadas y verificadas por el JBT).

Para conocer las exclusiones y limitaciones generales adicionales que se aplican al beneficio dental autofinanciado, consulte el Capítulo 11: Exclusiones generales del plan .

Presentación de una reclamo de beneficios dentales/Apelación de un reclamo denegado

Cuando utiliza los servicios de un proveedor dental dentro de la red, el proveedor por lo general enviará su factura de forma directa a la Oficina administrativa para su reembolso. Sin embargo, tenga en cuenta que deberá pagar al proveedor por cualquier servicio que haya adquirido y que supere el beneficio permitido por el Beneficio dental o que no esté cubierto por el Beneficio dental.

Si utiliza los servicios de un proveedor dental fuera de la red, es posible que deba pagarle al proveedor por todos los servicios y luego, en una fecha posterior pero **dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de servicio**, enviar la factura (y el comprobante de pago) a la Oficina administrativa (cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida al frente de este documento). Se le reembolsará hasta la cantidad permitida en virtud del Beneficio dental tal como se indica en el Anexo de beneficios dentales. Si el proveedor fuera de la red factura de forma directa al fideicomiso, después de pagar el beneficio, usted deberá la diferencia entre el cargo total y lo que pagó el Plan.

Los reclamos dentales que se envíen más allá de los 12 meses a partir de la fecha de servicio no se considerarán para reembolso.

Consulte también el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones.

CAPÍTULO 10: BENEFICIOS DE LA VISTA: SOLO PARA EMPLEADOS

ELIGIBILITY FOR VISION BENEFITS 98

HOW THE VISION BENEFIT WORKS 98

Vision Network..... 98

DEFINITION OF TERMS RELATED TO THIS VISION BENEFIT..... 99

VISION BENEFIT EXCLUSIONS 102

VISION BENEFITS LIMITATIONS 103

FILING A VISION CLAIM/APPEALING A DENIED CLAIM 104

Los Beneficios de la vista se tratan como un beneficio independiente (o exceptuado) bajo la HIPAA y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los reclamos de beneficios de la vista se administran bajo un contrato separado de la administración de reclamos para cualquier otro beneficio bajo el plan. Los empleados pueden elegir/rechazar el Beneficio de la vista cada año.

Elegibilidad para los beneficios de la vista

Los Beneficios de la vista del JBT se brindan únicamente al empleado. Si trabaja 80 horas en cualquier mes, será elegible para obtener beneficios de la vista durante el año calendario siguiente, independientemente de su historial laboral durante el año calendario siguiente. Por ejemplo, si trabaja 80 horas en agosto de 2019, será elegible para los Beneficios de la vista durante todo el año calendario 2020. Esto es cierto incluso si no trabaja 80 horas en ningún mes de 2020. Sin embargo, una vez que reciba un servicio, no tendrá beneficios adicionales por ese servicio durante 24 meses (es decir, si recibe anteojos el 10 de febrero de 2019, no volverá a tener un beneficio para anteojos hasta el 10 de febrero de 2021 (suponiendo que siga siendo elegible en 2021 al trabajar al menos 80 horas durante un mes de 2020).

Los dependientes no son elegibles para los beneficios de la vista.

¿Cómo funciona el beneficio de la vista?

El Beneficio de la vista está diseñado para cubrir necesidades visuales (en lugar de materiales cosméticos) al brindar cobertura para exámenes y materiales de la vista estándar, como anteojos o lentes de contacto. El examen que forma parte del Beneficio de la vista puede detectar personas que tienen enfermedades crónicas y que pueden afectar el ojo, como diabetes, presión arterial alta (hipertensión), glaucoma y cataratas.

No todos los servicios o suministros de cuidado de la vista están cubiertos por el Beneficio de la vista, incluso si su médico o proveedor óptico los recetó, recomendó o aprobó. El Plan cubre solo aquellos servicios y suministros que son médicamente necesarios y que están incluidos como un beneficio cubierto. El Plan no reembolsará ningún gasto que no sea un gasto de la vista elegible. Eso significa que usted será responsable de pagar el costo total de todos los gastos que se determine que no son médicamente necesarios, que se determine que exceden los Cargos permitidos, que no están cubiertos por el Beneficio de la vista o que exceden un Beneficio de la vista máximo.

Red de la vista

El JBT tiene contrato con una red independiente de proveedores de la vista (conocida red Advantage del Plan de servicios de la vista) que le otorga un descuento por los servicios de la vista cubiertos. Los gastos de la vista cubiertos se indican en el Anexo de beneficios de la vista en este capítulo y se refieren al Cargo permitido por los servicios cubiertos hasta el máximo permitido según se paga en virtud de este Beneficio de la vista. En virtud de este Beneficio de la vista, usted puede acudir a cualquier optometrista con licencia que elija, pero los beneficios son mayores cuando utiliza un profesional de la salud visual de la red. Los médicos licenciados incluyen oftalmólogos, optometristas y ópticos dispensadores.

- **Proveedores de la red Advantage del VSP:** Los proveedores de la red (oftalmólogos, optometristas u ópticos dispensadores con licencia) tienen un contrato para proporcionarle tarifas con descuento por los servicios cubiertos por este Beneficio de la vista. Al utilizar los servicios de un proveedor de la red Advantage del VSP, tanto usted como el Plan pagan menos (consulte la columna red Advantage del VSP del Anexo de beneficios de la vista). Una lista actualizada de proveedores de la vista de red Advantage del VSP está disponible sin cargo cuando llama al Beneficio de la vista, cuyo nombre, dirección y número de teléfono se indican en la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento. Para obtener una copia impresa del directorio de proveedores, sin cargo, comuníquese con Beneficios de la vista. Para recibir servicios, simplemente llame a un proveedor oftalmológico de la red e identifíquese como miembro de este Plan.

NOTA: Debe identificarse como participante de este Plan que tiene cobertura del VSP al momento de programar la cita con un proveedor de la red Advantage del VSP o es posible que no reciba las tarifas con descuento de la red Advantage del VSP.

- **Proveedores fuera de la red:** Los servicios se pueden recibir de cualquier optometrista, oftalmólogo y/u óptico dispensador con licencia; sin embargo, este plan pagará al nivel de beneficios fuera de la red, tal como se muestra en el Anexo de beneficios de la vista fuera de la red del VSP. Puede obtener una copia de este Anexo del VSP. La factura pagada detallada que refleja las tarifas del proveedor fuera de la red debe enviarse al Administrador de Reclamos de beneficios de la vista para su reembolso. Se le reembolsará de acuerdo con el Anexo de beneficios fuera de la red. Los servicios de un proveedor fuera de la red pueden costarle más que si esos mismos servicios se obtuvieran de un proveedor de la red Advantage del VSP. **Los proveedores fuera de la red pueden facturar al participante del Plan cualquier monto que exceda la cantidad permitida que se muestra en el Anexo de beneficios de la vista fuera de la red, también llamado facturación de saldo.** La facturación del saldo se produce cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente cargos (que no sean copagos, coseguro o deducibles) que exceden el pago del Plan por un servicio cubierto.

Puede evitar la facturación del saldo para su examen de la vista al utilizar proveedores de la red Advantage del VSP. (Consulte las definiciones de Cargo permitido y Facturación de saldo en el capítulo Definiciones de este documento.)

Definición de términos relacionados con este beneficio de la vista

- Un **examen de la vista** incluye un examen ocular profesional y una refracción ocular (no se cubre una refracción facturada sin un examen). El examen por lo general incluye:
 - una evaluación de su historial médico que sea relevante para su visión,
 - examen externo de los ojos para detectar anomalías patológicas de los ojos que incluyen, entre otros, la pupila, el cristalino, las pestañas y los párpados,
 - examen interno que incluye, entre otros, una evaluación del cristalino y la retina junto con una tonometría (medición de la presión del líquido en el ojo para ayudar a detectar signos de glaucoma), pruebas de campo visual (verifica las capacidades visuales periféricas), biomicroscopía (examen de retina) e inspección de la retina con un oftalmoscopio, agudeza visual (la capacidad de ver con claridad a todas las distancias) y refracción (prueba de la capacidad de los ojos para enfocar los rayos de luz en la retina desde una distancia y de cerca).
- Un **examen de lentes de contacto** incluye el examen completo cubierto por el beneficio del examen de la vista junto con la evaluación de las características ópticas y físicas del ojo y la superficie del ojo, como la potencia, el tamaño, la curvatura, la flexibilidad, la permeabilidad a los gases, el contenido de humedad/lágrimas, junto con prescripción de lentes de contacto, adaptación, evaluación, modificación y dispensación de los contactos. Los servicios de lentes de contacto los puede proporcionar un médico u óptico. Los exámenes de lentes de contacto están diseñados para garantizar el ajuste adecuado de los lentes de contacto y para evaluar la visión con los lentes de contacto. Si bien la visión puede ser clara y una persona puede no sentir ninguna molestia con sus lentes, existen posibles riesgos con el uso o ajuste inadecuado de los lentes de contacto que pueden afectar la salud general de los ojos. El “examen de la vista” regular no incluye un examen de lentes de contacto. Un examen de lentes de contacto se suma a un examen de la vista regular.
- **Óptico** hace referencia a una persona calificada para fabricar y dispensar anteojos y/o lentes de contacto.
- **Optometrista** es una persona con licencia para practicar la optometría. Los optometristas examinan la estructura interna y externa de los ojos para diagnosticar enfermedades oculares como glaucoma, cataratas y trastornos de la retina; enfermedades sistémicas como hipertensión y diabetes; y condiciones de la vista como miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.
- **Oftalmólogo** es un médico (MD o DO) con licencia para practicar la oftalmología, incluida la cirugía ocular y la prescripción de medicamentos.
- **Lente lenticular (visión):** una lente de visión de alta potencia de dioptrías con el suelo de prescripción solo en la parte central de la lente, mientras que la periferia de la lente por lo general no contiene ninguna potencia y solo sirve para dar dimensiones adecuadas para el montaje en una montura. El diseño de la lente lenticular ayuda a reducir el grosor de la lente, haciéndola más liviana y más atractiva desde el punto de vista estético y funcional.

- **Lentes progresivas (visión):** Lentes bifocales o trifocales que parecen ser de visión única sin líneas distintas entre las distintas distancias focales.

ANEXO DE BENEFICIOS DE LA VISIÓN			
Este cuadro muestra lo que paga el Beneficio de la vista. El copago único cubre tanto los honorarios profesionales como los materiales, a menos que se indique lo contrario.			
Beneficios de la vista cubiertos	Explicaciones y limitaciones <i>Consulte también la sección Exclusiones de beneficios de la vista.</i>	El plan paga	
		Red Advantage del VSP Proveedor	Fuera de la red Proveedor
Deducible y máximo anual		Ninguno	Hay una asignación limitada para estos servicios. Comuníquese con el VSP o visite www.vsp.com para obtener detalles sobre los beneficios de su proveedor fuera de la red.
Copago		Copago de \$10, pagado una vez por examen, armazones y lentes combinados	
Examen de la vista <i>sin</i> ajuste de lentes de contacto.	• Se paga un examen de la vista cada 24 meses.	El plan paga el 100% después del copago para examen.	
Monturas para anteojos Este programa ofrece una amplia selección de monturas de calidad. Debido a la naturaleza cosmética de las monturas y los estilos que cambian rápidamente, este Plan tiene un límite (lo determina el Administrador de beneficios de la vista) en el reembolso de las monturas.	• Se paga un cuadro cada 24 meses. • Usted es responsable de cualquier monto que supere la asignación para monturas	El plan paga el 100% después del copago, sin exceder una asignación de \$150. Usted paga la diferencia, si la hubiera, entre el cargo del proveedor y la Asignación.	

ANEXO DE BENEFICIOS DE LA VISIÓN

Este cuadro muestra lo que paga el Beneficio de la vista.

El copago único cubre tanto los honorarios profesionales como los materiales, a menos que se indique lo contrario.

Beneficios de la vista cubiertos	Explicaciones y limitaciones <i>Consulte también la sección Exclusiones de beneficios de la vista.</i>	El plan paga	
		Red Advantage del VSP Proveedor	Fuera de la red Proveedor
Lentes para anteojos	- Los lentes estándares están cubiertos, es decir, lentes de plástico básico CR-39 o de vidrio blanco (transparente). - Sin cobertura para recubrimientos especiales o tintes en lentes. - Las lentes monofocales, bifocales con líneas divisorias, trifocales con líneas divisorias, lenticales con líneas divisorias o progresivas se pagan una vez cada 24 meses.	<i>Visión única (estándar):</i> después del copago	Hay una asignación limitada para estos servicios. Comuníquese con el VSP o visite www.vsp.com para obtener detalles sobre los beneficios de su proveedor fuera de la red.
		<i>Bifocal con líneas divisorias:</i> después del copago	
		<i>Trifocal con líneas divisorias:</i> después del copago	
		<i>Lenticular con líneas divisorias:</i> después del copago	
		<i>Progresivo estándar:</i> 100% después de un copago adicional de \$55	
		<i>Progresivo Premium:</i> 100% después de un copago adicional de \$95 a \$105	
Lentes de contacto (en lugar de anteojos): Los lentes de contacto médicamente necesarios se consideran por las siguientes razones: - Después de una cirugía de cataratas; o - La agudeza visual no se puede mejorar a al menos 20/70 en el mejor ojo, incluso con el uso de anteojos. Los lentes de contacto que no cumplen con los criterios anteriores se consideran "no visualmente necesarios" o electivos (cosméticos).	- Se paga un juego de lentes de contacto visualmente necesarios cada 24 meses, en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas. - Se paga un juego de lentes de contacto electivos cada 24 meses en lugar de anteojos. - Puede usar su asignación anual para lentes de contacto para lentes permanentes y/o desechables. - No hay beneficios para el examen de adaptación por contacto; sin embargo, el costo de dicho examen es por lo general más bajo si utiliza los proveedores de la red Advantage del VSP.	<i>Lentes de contacto (Visualmente necesario):</i> después del copago	Usted paga la diferencia entre el costo de los lentes de contacto y la cantidad permitida en virtud de este beneficio de la vista.
		<i>Lentes electivos (no es visualmente necesario):</i> Hasta \$100 de asignación, sin copago.	

ANEXO DE BENEFICIOS DE LA VISIÓN Este cuadro muestra lo que paga el Beneficio de la vista. El copago único cubre tanto los honorarios profesionales como los materiales, a menos que se indique lo contrario.			
Beneficios de la vista cubiertos	Explicaciones y limitaciones <i>Consulte también la sección Exclusiones de beneficios de la vista.</i>	El plan paga	
		Red Advantage del VSP Proveedor	Fuera de la red Proveedor
Programa de atención primaria de la vista Tratamiento y diagnóstico de condiciones oculares que incluyen, entre otros, conjuntivitis, pérdida de visión y monitorización de cataratas, glaucoma y retinopatía diabética.	- Si tiene los siguientes síntomas y/o condiciones, estará cubierto para ciertos servicios de atención oftalmológica primaria de acuerdo con el alcance optométrico de la licencia en el estado del médico del VSP: malestar o dolor ocular, pérdida transitoria de la visión, destellos o moscas volantes, trauma ocular, visión borrosa/diplopía, aparición reciente de disfunción de los músculos del ojo, sensación de cuerpo extraño ocular, dolor en o alrededor de los ojos, párpados hinchados, orzuelo, ojos rojos/rosados. - Para obtener servicios de atención primaria de la vista, comuníquese con el consultorio de un médico de la red Advantage del VSP y programe una cita.	100% después de un copago de \$5 por visita.	No cubierto.
Ahorros adicionales Lentes progresivas personalizadas 20% de ahorro en lentes progresivos personalizados de cualquier proveedor de la red Advantage del VSP Examen de ajuste de lentes de contacto - Ahorro del 15% en el examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación) de cualquier proveedor de la red Advantage del VSP Lentes y gafas de sol: \$20 adicionales para gastar en marcas de monturas destacadas. Ingrese a www.vsp.com/special_offers para obtener más detalles. - Ahorro del 20% en cualquier monto que exceda su asignación de montura de cualquier proveedor de la red Advantage del VSP - Ahorro del 20% en lentes y gafas de sol adicionales, incluyendo mejoras para lentes, de cualquier proveedor de la red Advantage del VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen WellVision. Corrección de la visión con láser: - Promedio de 15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento sobre el precio promocional. Los descuentos solo están disponibles en las instalaciones que contrate la red Advantage del VSP.			

Exclusiones de beneficios de la vista

Además de las limitaciones y exclusiones descritas en otra parte de esta Descripción resumida del plan, la siguiente es una lista de servicios y suministros o gastos que **no están cubiertos (excluido) por el beneficio de la vista**. El Administrador del Plan y otros fiduciarios del Plan y las personas a quienes se haya delegado la responsabilidad de la administración del Beneficio de la vista tendrán autoridad discrecional para determinar la aplicabilidad de estas exclusiones y los otros términos del Plan y para determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del Plan.

- Servicios y suministros para la vista que cuestan más que lo permitido por el Plan o que se realizan/reciben con más frecuencia de lo permitido por el Plan, tal como se indica en el Anexo de beneficios para la vista.
- Ortóptica (entrenamiento de la vista para mejorar la percepción visual y la coordinación de los dos ojos) y pruebas complementarias.
- Ayudas para la visión por debajo de lo normal y cualquier prueba complementaria asociada.

4. Los lentes y monturas provistos bajo este programa, que se pierdan o se rompan, no se reemplazarán excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otra manera tal como se describe en el Anexo de beneficios de la vista.
5. Anteojos asegurados cuando no hay cargo por prescripción médica, como unos anteojos para leer que se adquieren en una farmacia.
6. Dos pares de lentes o anteojos en lugar de bifocales.
7. Lentes plano (sin receta o con potencia de dioptría inferior a ± 0.50).
8. Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, que incluye, entre otros, queratoplastia refractiva (RK) o queratoplastia in situ asistida por láser (LASIK), excepto que este beneficio de la vista ofrece un descuento en la cirugía ocular con láser cuando la realizan los proveedores de la vista de la red Advantage del VSP.
9. Servicios o materiales proporcionados como resultado de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores o legislación similar de salud ocupacional u obtenidos a través de o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o cualquier subdivisión de los mismos, incluyendo los anteojos de seguridad.
10. Servicios o suministros recibidos por una enfermedad que es el resultado de una guerra, ya sea declarada o no.
11. Exámenes o evaluaciones de la vista solicitados por el empleador, la escuela o el gobierno del participante.
12. Tratamiento recibido de un departamento médico mantenido por un empleador, una asociación de beneficio mutuo, un sindicato, un fideicomisario o un grupo de tipo similar.
13. Tratamiento o procedimiento experimental y/o en investigación/no probado.
14. Todo servicio o material proporcionado por cualquier otro plan de atención de la vista o plan de beneficios grupales que contenga beneficios para la atención de la vista.
15. Servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de vigencia de la cobertura de beneficios de la vista o después de la fecha de finalización de la cobertura de beneficios de la vista.
16. Exámenes de la vista o anteojos requeridos como condición de empleo.
17. Gastos relacionados con complicaciones de un servicio no cubierto.
18. Servicios realizados fuera de los Estados Unidos de América.

Limitaciones de los beneficios de la vista

El beneficio de la vista está diseñado para cubrir necesidades visuales en lugar de materiales cosméticos. Cuando una persona cubierta selecciona cualquiera de los siguientes extras, el Plan pagará el costo del servicio/suministro de la vista permitido y **la persona cubierta pagará el costo adicional por los extras**, tales como:

- a. lentes de gran tamaño (más de 61 mm).
- b. lentes cosméticos y procesos cosméticos.
- c. lentes recubiertos (por ejemplo, antirreflectante, color, espejo, rayado).
- d. Recubrimiento de color/lentes tintados (adición de sustancia para producir un color) o lentes fotocromáticos (los lentes cambian de claros en interiores a oscuros en exteriores, según la intensidad de la luz solar); excepto que el Rosado 1 y Rosado 2 están cubiertos.
- e. anteojos de sol/lentes con protección ultravioleta (UV) (simples o recetados).
- f. lentes laminadas.
- g. lentes de policarbonato.
- h. lentes mezclados.
- i. lentes multifocales progresivas.
- j. ciertas limitaciones en el cuidado de la baja visión.

- k. una montura u otros materiales para la vista que excedan la asignación del Plan.

Presentar un reclamo de la vista/Apelar un reclamo denegado

Cuando utiliza los servicios de un proveedor de la vista dentro de la red, debe pagarle al proveedor el copago correspondiente. Por lo general, el proveedor enviará el resto de su factura de forma directa al administrador del Beneficio de la vista para su reembolso. Sin embargo, tenga en cuenta que deberá pagar al proveedor por cualquier servicio que haya comprado y que supere el beneficio permitido por el Beneficio de la vista o que no esté cubierto por el Beneficio de la vista.

Si utiliza los servicios de un proveedor de la vista fuera de la red, deberá pagar al proveedor por todos los servicios y luego, en una fecha posterior pero dentro de los **seis (6) meses** de la fecha del servicio, enviar la factura (y el comprobante de pago) al Administrador de Reclamos de beneficios de la vista (cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida al frente de este documento). Se le reembolsará hasta la cantidad permitida en virtud del Beneficio de la vista tal como se indica en el Anexo de Beneficios de la vista.

Los reclamos de la vista que se envíen más allá de los **seis (6) meses** de la fecha de servicio pueden no ser considerados para reembolso. Consulte también el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones.

CAPÍTULO 11: EXCLUSIONES GENERALES DEL PLAN

La siguiente es una lista de servicios, suministros o gastos que **no están cubiertos (excluidos) por los beneficios médicos, de tratamiento por abuso de sustancias, de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, dentales y de la vista del plan**. La Junta de Fideicomisarios y otros fiduciarios del Plan y las personas a quienes se ha delegado la responsabilidad de la administración del Beneficio Médico y el Beneficio Dental tienen autoridad discrecional para determinar la aplicabilidad de estas exclusiones y los otros términos del Plan y para determinar la elegibilidad y derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del mismo.

Estas exclusiones generales del plan se suman a las exclusiones médicas específicas indicadas en el Capítulo 6, las exclusiones de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios indicadas en el Capítulo 7, las exclusiones de tratamiento por abuso de sustancias indicadas en el Capítulo 8, las exclusiones de beneficios dentales indicadas en el Capítulo 9 y las exclusiones de beneficios de la vista indicadas en EL Capítulo 10. No se pagan beneficios por lo siguiente:

1. Tratamiento o suministros que **no son médicamente necesarios**, según lo determine la Junta de Fideicomisarios o su designado. Esto incluye cargos por tratamiento de enfermedad o lesión o por servicios o suministros dentales que no son razonablemente necesarios para la salud médica o dental.
2. Cualquier lesión corporal accidental causada o que ocurra en el curso del empleo de la persona elegible, o en relación con una enfermedad o dolencia por la cual la persona tiene derecho a los beneficios de la **Compensación de trabajadores** o una ley similar.
3. Servicios o suministros proporcionados o pagados por **una agencia del gobierno federal** o por cualquier subdivisión estatal o política, excepto (1) cuando exista una obligación legal incondicional de pagar los cargos sin tener en cuenta la existencia de ningún seguro o plan de beneficios para empleados; y (2) la Administración de Veteranos o el Hospital militar serán reembolsados de acuerdo con el Plan por los cargos incurridos por parte de una persona cubierta por servicios o suministros que no están relacionados con el servicio militar. Si una persona elegible bajo este Plan recibe servicios en un Hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. u otro centro médico militar debido a una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar, los beneficios no son pagaderos por el Plan. No están cubiertos los cargos por el tratamiento de lesiones corporales accidentales o enfermedades que ocurran mientras se encuentre en las fuerzas armadas y que el Secretario de Asuntos de Veteranos determine que están relacionados con el servicio.
4. Cargos por tratamiento de una enfermedad o lesión que **superen los cargos permitidos** (tal como se define en el capítulo Definiciones).
5. Cargos que excedan los cargos que se habrían hecho por esta atención y tratamiento en ausencia de los beneficios proporcionados por el Plan. El Plan no pagará ningún gasto que el participante no esté obligado a pagar o por el que **no se cobraría** al paciente.
6. Lesiones o condiciones causadas o resultantes de su comisión o intento de **comisión de un acto ilegal** o un acto de agresión personal según lo determine el Administrador del Plan a su entera discreción, por consejo de un abogado. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará si la lesión o condición resultó de un acto de violencia doméstica o de una condición de salud (física o mental), en la medida en que el tratamiento de la lesión o condición estaría cubierto de otra manera. La determinación discrecional del Administrador del Plan de que se aplica esta exclusión no se verá afectada por ninguna acción o determinación oficial posterior con respecto al enjuiciamiento de la Persona cubierta (incluyendo, entre otros, la absolución o falta de enjuiciamiento) en relación con los actos involucrados.
7. Servicios profesionales proporcionados por una persona que vive en el hogar de la persona cubierta o que **tiene una relación con ella** (un pariente) por sangre o matrimonio.
8. Cualquier servicio, suministro o tratamiento (incluyendo los días en el Hospital) que se haya proporcionado o suministrado **antes** de que el paciente quedara cubierto por el Plan o **después** de que la persona dejara de ser elegible para recibir beneficios bajo el Plan, excepto en las condiciones descritas en el Capítulo 4: Continuación de Cobertura de COBRA y el Capítulo 8: Beneficios del tratamiento por abuso de sustancias de este documento.

9. Servicios o suministros proporcionados para el tratamiento de una condición por la cual el participante del Plan **no está bajo el cuidado de un médico**, excepto por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor de atención médica autorizado o certificado.
10. **Autopsia:** Gastos de una autopsia, examen forense y cualquier gasto relacionado, excepto según lo requiera el Administrador del Plan o su designado.
11. **Costos de Reportes, Facturas, etc.:** Gastos para preparar o completar formularios, informes/registros médicos/dentales, facturas, formularios de reclamo/licencia por incapacidad/enfermedad y similares; gastos de correo, envío o manipulación; y cargos por citas interrumpidas/perdidas, cargos por envío de correo electrónico, cargos por reabastecimiento de recetas antes de que se agote el suministro programado, matrículas de personas discapacitadas/formularios automotrices, cargos por intereses, cargos por demora, costos de millaje, cargos de administración del proveedor, cargos por de conserjería/acuerdo de retención/atención primaria directa, tarifas de membresía/recargo o tarifas de cobro del plan especial del proveedor para acceder a beneficios adicionales y/o tarifas de fotocopias.
12. Con la excepción de los servicios preventivos exigidos por la ACA, **servicios educativos:** Incluso si se requieren debido a una lesión, enfermedad o discapacidad de una persona cubierta, el Plan no paga los siguientes gastos: servicios educativos, suministros o equipos, incluyendo, entre otros, computadoras, dispositivos/software de computadora, impresoras, libros, tutoría o intérpretes, ayudas visuales, terapia de la vista, ayudas/sintetizadores auditivos o del habla, ayudas auxiliares, tableros de comunicación, sistemas de escucha, dispositivo/programas/servicios para entrenamiento conductual, incluyendo programas de intervención intensiva para cambios de comportamiento y/o retrasos en el desarrollo o percepción auditiva o habilidades de escucha/aprendizaje, programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, la memoria, la motivación, la lectura o la autoestima, etc. educación especial y costos asociados junto con sistemas táctiles como Braille o educación en lenguaje de señas para un paciente o familiares, y dispositivos de rastreo/identificación médica implantables. Gastos por servicios educativos relacionados con **la lectura, los trastornos del aprendizaje, la dislexia, los retrasos educativos o las discapacidades vocacionales no están cubiertos.**
13. **Servicios que proporciona el empleador:** Gastos por servicios provistos a través de un departamento médico, clínica o instalación similar que proporciona o mantiene un empleador en beneficio de sus empleados.
14. **Gastos que superan los beneficios máximos del plan:** Gastos que superen cualquier límite máximo de beneficios del Plan.
15. **Gastos de los que es responsable un tercero:** Los gastos por servicios o suministros que un tercero debe pagar no están cubiertos. Los gastos (pasados, presentes o futuros) que otra parte debe pagar (por ejemplo, sin culpa, protección contra lesiones personales, etc.) no están cubiertos. Consulte las disposiciones relacionadas con la responsabilidad de terceros en el capítulo sobre Coordinación de beneficios (Capítulo 12) de este documento para obtener una explicación de las circunstancias bajo las cuales el Plan adelantará el pago de beneficios hasta que se determine que el tercero debe pagar para esos servicios o suministros.
16. **Servicios experimentales y/o de investigación:** Gastos por cualquier servicio médico, suministro o medicamentos que el Administrador del Plan o su designado determine que son Experimentales, de Investigación o No Probados, según se define en el capítulo Definiciones de este documento.
17. **Modificaciones de viviendas o vehículos:** Gastos de construcción o modificación de una casa, residencia o vehículo requeridos como resultado de una lesión, enfermedad o discapacidad, incluyendo, entre otros, la construcción o modificación de rampas, elevadores, pasamanos, telesillas, spas/jacuzzis, aire acondicionado, dispositivos de deshumidificación, eliminación de amianto, filtración/purificación de aire, piscinas, sistema de alerta de emergencia, etc.
18. **Viajes que no sean de emergencia y gastos relacionados:** Gastos relacionados con viajes o transporte que no sean de emergencia (incluyendo alojamiento, comidas y gastos relacionados) de un proveedor de atención médica, una persona cubierta o un familiar de una persona cubierta.
19. **Artículos de comodidad personal:** Gastos por conveniencia, comodidad, higiene o embellecimiento del paciente que incluyen, entre otros, el cuidado de los familiares mientras la Persona cubierta está confinada en un Hospital u otro Centro de atención médica o en la cama en su casa, comidas para invitados, televisión,

VCR/DVD/disco compacto (CD) y otros dispositivos similares, teléfono, servicios de peluquería o esteticista, limpieza o mantenimiento de la casa, compras, anuncios de nacimientos, fotografías de nuevos bebés, etc.

20. **Exámenes físicos, pruebas, vacunas para el empleo, escuela, etc.:** Gastos por exámenes físicos, evaluaciones, pruebas y vacunas, como los que se requieren para los exámenes de análisis de capacidad funcional/trabajo y las pruebas requeridas para empleo/carrera, conducción comercial, propósitos gubernamentales o regulatorios, seguros, escuelas, campamentos, recreación, deportes, vocación, compensación de trabajadores, jubilación/estado de discapacidad o pensión, requeridos por cualquier tercero, educación, matrimonio, adopción, procedimientos/órdenes judiciales o administrativas, investigación médica o para obtener o mantener una licencia de cualquier tipo.
21. **Habitación privada en un hospital o centro de atención médica:** El uso de una habitación privada en un hospital u otro centro de atención médica, a menos que el centro solo tenga habitaciones privadas o a menos que el administrador del plan o su designado certifique que el uso de una habitación privada es médicamente necesario.
22. **Médicos de reserva o profesionales de la salud:** Gastos de cualquier médico u otro proveedor de atención médica que no proporcionó o supervisó directamente los servicios médicos al paciente, incluso si el médico o el profesional de la salud estaba disponible para hacerlo de forma independiente.
23. **Incumplimiento de un tratamiento médicamente apropiado:** Gastos incurridos por cualquier Persona cubierta como resultado de no cumplir con el tratamiento médicamente apropiado, según lo determine el Administrador del Plan o su designado.
24. **Viajar en contra de los consejos médicos:** Gastos incurridos por cualquier persona cubierta durante el viaje si un médico u otro proveedor de atención médica ha desaconsejado de forma específica dicho viaje debido al estado de salud de la persona cubierta.
25. **Llamadas telefónicas:** Gastos de todas y cada una de las llamadas telefónicas entre un Médico u otro proveedor de atención médica y cualquier paciente, otro proveedor de atención médica, Compañía de gestión de uso o cualquier representante del Plan para cualquier propósito, incluyendo, entre otros: comunicación con cualquier representante del Plan o su Compañía de gestión de uso para cualquier propósito relacionado con la atención o tratamiento de una Persona cubierta, consulte con cualquier proveedor de atención médica con respecto al manejo médico o la atención de un paciente; coordinar el manejo médico de un paciente nuevo o establecido; coordinar los servicios de diversos profesionales de la salud diferentes que trabajan en distintos aspectos de la atención de un paciente; analizar los resultados de las pruebas; iniciar una terapia o un plan de atención que se pueda manejar por teléfono; brindar consejería a un paciente nuevo o establecido; proporcionar consejería a pacientes o familiares angustiados o angustiados.
26. **Guerra o evento similar:** Gastos incurridos como resultado de una lesión o enfermedad debido a cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no, acto bélico, motín, insurrección, rebelión o invasión, excepto según lo exija la ley.
27. Gastos relacionados con **complicaciones de un servicio no cubierto.**
28. Gastos de **programa de terapia en la naturaleza**, programa de salud conductual al aire libre, programa tipo campo de entrenamiento, internado, escuela militar, hogar de crianza/cuidado y hogar grupal.
29. Gastos de **hipnosis/hipnoterapia** (siguiendo una técnica de inducción hipnótica realizada por el proveedor, la hipnosis produce un estado de vigilia de atención enfocada y aumento de sugestión con disminución de la conciencia periférica), excepto la hipnosis como método para dejar de fumar.
30. Gastos de **terapia asistida equina (con caballo).**
31. Gastos de **servicios ordenados por el tribunal a menos que los servicios sean tanto médicamente necesarios como un beneficio cubierto del Plan.**
32. **Servicios de custodia parental o servicios de adopción.**
33. Gastos relacionados con **animales de servicio**, incluyendo un animal que ha sido entrenado de forma individual para trabajar o realizar tareas en beneficio de una persona con una discapacidad, como perros lazarillos u otros perros/pájaros/caballos en miniatura de asistencia para discapacitados y similares, animales

de detección de convulsiones, animales de detección de diabetes/niveles bajos de azúcar en sangre, monos de servicio, etc. El Plan también excluye suministros para animales de servicio, transporte y gastos veterinarios.

34. Gastos de **servicios y suministros no rutinarios asociados con un ensayo clínico**, tales como: (1) los propios artículos, medicamentos, dispositivos o servicios de investigación; (2) artículos, medicamentos, dispositivos o servicios que se proporcionan únicamente con fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente; o (3) artículos, medicamentos, dispositivos o servicios que no concuerden con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para el diagnóstico particular de un paciente. Para las personas que participarán en un ensayo clínico, se sugiere la notificación a la Oficina administrativa a fin de garantizar que el participante esté inscrito en un “Ensayo clínico aprobado” y proporcionar una notificación a la Oficina administrativa de que el individuo puede incurrir en costos, servicios y suministros de rutina durante su participación en el ensayo clínico.
35. **Reclamos presentados fuera de plazo:** Los gastos por servicios o suministros que de otro modo estarían cubiertos por el Beneficio médico no estarán cubiertos ni serán pagaderos por el Plan si no se presenta un reclamo por el pago de dichos servicios al Administrador de Reclamos dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que se prestó el servicio o el suministro proporcionado, a menos que se aplique un límite anterior, como los 6 meses a partir de la fecha de servicio para los reclamos de Beneficios de la vista.

CAPÍTULO 12: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

¿CÓMO FUNCIONA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS?	110
Médico	110
Dental	112
Coordinación en general	113
DETERMINAR QUÉ PLAN ES EL PRINCIPAL.....	113
Si es elegible para Medi-Cal	114
Coordinación de beneficios con Medicare	114
Parte D de Medicare	114
Seguro de compensación de trabajadores	114
DERECHO A REEMBOLSO	115
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	115

¿Cómo funciona la coordinación de beneficios?

Si usted o un dependiente están cubiertos por los beneficios de otro plan médico grupal, como el plan de trabajo de su cónyuge, el Plan coordina los beneficios que paga con los beneficios proporcionados por el otro plan. Consulte “¿Cómo determinar qué plan es el principal?” en la página 113 para determinar si este Plan pagará como primario o secundario. Un ejemplo común de esto es la regla de cumpleaños. Si su hijo está cubierto tanto por este Plan como por el plan de su cónyuge, entonces su hijo tiene cobertura primaria bajo este Plan si usted nació antes en el año calendario que su cónyuge. De lo contrario, su hijo tiene cobertura secundaria bajo este Plan.

Médico

Cuando este Plan paga como secundario, el beneficio se limita a la diferencia entre:

1. El menor de:
 - a. Cuando el proveedor se encuentra tanto en la red del plan primario como en la red del JBT, el monto inferior del contrato de la red (o el monto acordado) negociado en nombre del plan primario o del plan secundario; o
 - b. Cuando el proveedor está solo en la red de un plan (es decir, la red del JBT o la red del plan primario, pero no ambas), la tarifa del contrato con la red en la que se encuentra el proveedor, o
 - c. Cuando el proveedor no está ni en el plan primario ni en la red del JBT y no existe ningún requisito en el plan del JBT para utilizar un proveedor de la red (es decir, no hay un proveedor de la red disponible o el tratamiento es una emergencia), entonces U&C según lo determine cada plan, Y
2. El monto pagado por el plan primario.

Sin embargo, este Plan nunca pagará más que el máximo del Plan (por ejemplo, \$680 por año por tratamiento quiropráctico) ni más de lo que este Plan estaría obligado a pagar en ausencia de la cobertura de este Plan. Esto significa, por ejemplo, que:

- El Plan no pagará nada como secundario por tratamiento que no sea de emergencia si el proveedor está fuera de la red (Sutter si está inscrito en el plan Advantage, no tiene contrato con Blue Cross si está inscrito en Advantage o Prudent Buyer).
- El Plan no pagará más que la diferencia entre \$50 por día (el límite del beneficio quiropráctico) y lo que pagó el plan primario por el tratamiento quiropráctico.
- El Plan no pagará más que el copago si el proveedor del plan principal es una HMO.
- Si el plan primario limita la obligación del paciente a una cantidad programada (por ejemplo, una tarifa de contrato), incluso si esta cantidad programada es menor que la facturada, el JBT secundario limitará su pago a la diferencia entre las tarifas del plan principal monto programado y el beneficio pagado por el plan primario.

Consulte el cuadro en la página siguiente para ver ejemplos de cómo este Plan calcula el pago secundario al coordinar los beneficios médicos.

	Atención que no es de emergencia						Atención de emergencia		
Participante inscrito	Advantage	Prudent Buyer	Advantage	Prudent Buyer	Advantage	Prudent Buyer	Advantage	Advantage	Advantage
Red de proveedores del JBT	Advantage	Prudent Buyer	Prudent Buyer	Prudent Buyer	Advantage	Prudent Buyer	Prudent Buyer	Prudent Buyer	Prudent Buyer
Red del plan primario	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Cargo facturado	\$12,000	\$13,000	\$12,000	\$12,000	\$12,000	\$12,000	\$13,000	\$12,000	\$12,000
Cargo permitido según lo determinado por									
• JBT	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	\$11,500	\$10,000	\$11,250
• Plan primario	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	\$11,000
Tarifa de contrato de red									
• JBT	\$8,000	\$9,000	n/a	\$10,000	\$8,000	\$10,000	n/a	n/a	n/a
• Plan primario	\$7,000	\$10,000	\$9,000	\$9,000	n/a	n/a	\$9,000	\$10,500	n/a
El plan primario paga	\$5,550	\$7,150	\$7,150	\$7,150	\$9,600	\$9,600	\$7,150	\$9,600	\$9,600
JBT (plan secundario) paga	\$1,450	\$1,850	\$0	\$1,850	\$0	\$400	\$1,850	\$900	\$1,400
Notas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

Notas:

1. La diferencia entre la tarifa de contrato más baja (\$7,000) y la tarifa pagada por el plan primario (\$5,550).
2. La diferencia entre la tarifa de contrato más baja (JBT - \$9,000) y la tarifa pagada por el plan primario (\$7,150).
3. No se realiza ningún pago secundario porque el participante está inscrito en el plan Advantage y utilizó un proveedor que no está en la red Advantage. El único pago disponible es el que realiza el plan primario.
4. La diferencia entre la tarifa de contrato más baja (plan primario - \$9,000) y la tarifa pagada por el plan primario (\$7,150).
5. El plan primario pagó más que la tarifa del contrato del JBT, por lo que el JBT no realiza ningún pago como plan secundario.
6. La tarifa del contrato del JBT excede el pago del plan primario en \$400.
7. Igual que el número 3 anterior, excepto que el plan del JBT considera que el tratamiento es atención de emergencia. Por lo tanto, el JBT brinda cobertura y coordinará hasta la tarifa del contrato, en este caso los \$9,000 negociados por el plan primario.
8. El plan del JBT paga solo la diferencia entre la tarifa del contrato aplicable (plan primario - \$10,500) y lo que pagó el plan primario, aunque el Cargo permitido de JBT, según lo determinado por JBT sea menor. Cuando se aplica una tarifa de contrato, se utiliza independientemente del cargo permitido.
9. Debido a que el plan JBT considera que la atención es atención de emergencia, el reclamo es pagadero aunque el proveedor no esté en la red de JBT (en este ejemplo, un participante inscrito en el plan Advantage utilizó un proveedor de la red Prudent Buyer) y no en la red del plan primario. Como pagador secundario, el JBT paga la diferencia entre el Cargo permitido más bajo según lo determinado por los dos planes y el monto del beneficio pagado por el plan primario.

Límites importantes

No obstante los ejemplos anteriores, el JBT nunca pagará más de lo que el paciente está obligado a pagar.

Ejemplo: Si el plan primario es un HMO, el pago secundario por lo general se limita al copago y al deducible del HMO por el servicio.

Ejemplo: Si el plan primario limita la obligación del paciente a un monto programado, e incluso si ese monto programado es menor que lo que se facturó, el JBT solo coordinará hasta ese monto programado.

Dental

Los beneficios dentales están determinados por la Tabla de asignaciones. Con pocas excepciones, existe una asignación fija para todos los procedimientos cubiertos. Cuando este Plan paga como secundario, el beneficio es el siguiente: si el proveedor no es parte de la Red Dental del JBT, ya que el JBT secundario paga el menor de:

1. La diferencia entre el cargo facturado y el beneficio pagado por el plan primario, O
2. Sin tener en cuenta el deducible, el monto que habría pagado el JBT en ausencia de otra cobertura.

Si el proveedor está en la Red dental del JBT como secundario, el JBT paga la menor cantidad de:

1. La diferencia entre el cargo facturado y el beneficio pagado por el plan primario, O
2. La diferencia entre la asignación del JBT y el beneficio pagado por el plan primario; PERO
3. Sin tener en cuenta el deducible, no más de la cantidad que habría pagado el JBT en ausencia de otra cobertura.

Ejemplos

	Dentista que NO pertenece a la red del JBT				Dentista en la red del JBT		
Cargo facturado	\$850	\$850	\$850	\$850	\$850	\$850	\$850
Cargo permitido por el JBT	\$800	\$800	\$800	\$800	\$800	\$800	\$800
Plan primario pagado	\$300	\$300	\$475	\$700	\$300	\$550	\$425
Diferencia (cargo menos pago del plan primario)	\$550	\$550	\$375	\$150	\$550	\$300	\$425
Beneficio del JBT, si es plan primario							
50% de la asignación	\$400	\$400	\$400	\$400	\$400	\$400	\$400
Menos deducible, si lo hubiera	-0-	\$50	\$50	-0-	\$50	-0-	\$50
Beneficio del JBT sin tener en cuenta otra cobertura	\$400	\$350	\$350	\$400	\$350	\$400	\$350
El JBT paga como plan secundario	\$400	\$400	\$375	\$150	\$400	\$250	\$375
Notas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Notas:

1. El saldo restante después de que paga el plan primario excede lo que el JBT hubiera pagado si hubiera pagado el plan primario (50% del cargo permitido). Pago secundario limitado a la cantidad que el JBT habría pagado como plan primario.
2. Igual que el ejemplo 1 anterior, excepto que el pago secundario también incluye el deducible que de otro modo se habría tomado.
3. El saldo restante después del pago del plan primario es de \$375, que es menos de lo que el JBT hubiera pagado como plan primario sin tener en cuenta el deducible (\$400). El JBT paga \$375.
4. El saldo restante después de que pague el plan primario es menor que la cantidad que el JBT hubiera pagado como principal. El beneficio secundario se limita al saldo restante después del pago del plan primario.
5. El pago secundario por cargos de dentistas dentro de la red es el saldo restante después de que el plan primario pague (\$550) o la cantidad que el JBT habría pagado sin tener en cuenta el deducible (\$400). Tenga en cuenta que la suma de los pagos primarios y secundarios (\$300 + \$400) NO excede el Cargo permitido por el procedimiento de \$800.
6. El pago secundario se limita a la diferencia entre el cargo permitido y la cantidad que pagó el plan primario (\$800 - \$550) = \$250. Tenga en cuenta que lo que el JBT habría pagado sin tener en cuenta otra cobertura y la cantidad pagada por el plan primario (\$400 + \$550) = \$950 excede el cargo permitido.

7. Como en el punto 6 anterior, el pago secundario se limita a la diferencia entre el Cargo permitido y lo que pagó el plan primario (\$800 - \$425) = \$375. Como principal, el JBT habría pagado \$350 pero sin tener en cuenta el deducible hasta el menor de \$400 y \$375.

Coordinación en general

Este Plan no coordina los beneficios con un plan individual. Esto significa que cuando un participante del plan está cubierto por este Plan y también está cubierto por un plan/póliza individual (no grupal), incluida una póliza a través del Mercado de Seguros Médicos, este Plan pagará beneficios sin importar si el participante también está cubierto por un plan/póliza individual.

Si usted o sus dependientes están cubiertos por cualquier otro plan grupal, debe informar a la Oficina administrativa. Si no notifica a la Oficina administrativa sobre la cobertura de otro plan grupal, es posible que los beneficios se paguen en exceso por error. El Plan le exigirá que reembolse cualquier pago en exceso que se haya realizado por error y retendrá los beneficios futuros si no lo hace. Consulte la sección Pagos realizados por error en la página 119 para obtener más información sobre los derechos del JBT y sus obligaciones en caso de que reciba un pago que se realizó por error.

Determinar qué plan es el principal

Las siguientes reglas se utilizan para determinar qué plan es “principal”. Las reglas se aplican en el siguiente orden:

- Un Plan sin una Disposición de coordinación de beneficios o con una disposición que prohíbe la coordinación con el Plan será primordial.
- Otro plan que lo cubre como empleado es el principal antes que un plan que lo cubre como dependiente.
- Para un niño cubierto por los planes de ambos padres, el plan primario lo determina la “regla de cumpleaños”. El plan que cubre al padre cuyo cumpleaños se produce a principios de año es el plan primario. El plan del padre cuyo cumpleaños ocurre más adelante en el año es el plan secundario. Si tanto usted como su cónyuge comparten el mismo cumpleaños, entonces el plan primario será el que haya cubierto a uno de los padres por más tiempo.
- Si los padres de un niño están divorciados o separados, la regla de cumpleaños no se aplica. En cambio, los reclamos se procesan en este orden:
 - El plan del padre a quien el tribunal asignó de forma específica la responsabilidad financiera de los gastos de atención médica (por ejemplo, a través de una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores).
 - El plan del padre que tiene la custodia.
 - El plan del padrastro o madrastra casado con el progenitor que tiene la custodia.
 - El plan del padre que no tiene la custodia.
 - El plan del padrastro o madrastra casado con el progenitor que no tiene la custodia.
- Un plan que lo cubra como empleado o dependiente de un empleado será principal antes que un plan que lo cubra como empleado despedido o jubilado, dependiente de un empleado despedido o jubilado o participante de COBRA.
- Si no se aplica ninguna de estas reglas, entonces el plan que haya cubierto a la persona por más tiempo procesará primero los reclamos.

Si ninguna de las reglas anteriores determina qué plan es el principal, los gastos permitidos se compartirán de forma equitativa entre los planes. Al aplicar esta regla, el Plan no pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el principal.

Si (1) este Plan es secundario y (2) el plan que pagaría el primario según estas reglas limita o reduce su pago de beneficios debido a la coordinación con este Plan, entonces este Plan no pagará más de lo que hubiera pagado como pagador secundario si el plan primario hubiera pagado los beneficios del plan primario a pesar de la

coordinación con este Plan y sin tener en cuenta dicha limitación o reducción de beneficios debido a la coordinación con este Plan.

Debido a que el beneficio pagado por el plan secundario se reduce por la cantidad pagada por el plan primario, el beneficio del plan secundario no se puede determinar hasta que el plan primario pague. Por lo tanto, envíe siempre primero su reclamo al plan primario. Cuando el plan primario haya pagado, adjunte una copia de la Explicación de beneficios cuando envíe su reclamo al plan secundario.

RECORDATORIO: LAS HMO SON PRINCIPALES

El Plan considera que toda la cobertura HMO es principal. Si está inscrito como dependiente en la cobertura HMO de su cónyuge, el Plan considera que la cobertura HMO de su cónyuge es la principal. De manera similar, si su hijo está inscrito en el Plan y en la HMO de su cónyuge, la cobertura de la HMO de su cónyuge es siempre la principal.

CONSEJOS HEALTHSMART

Para ayudar a acelerar el pago de los beneficios, asegúrese de enviar primero su reclamo al plan que se considera “principal”, en otras palabras, el plan que paga primero los beneficios. El plan secundario no puede procesar un reclamo sin saber cuánto ha pagado el plan primario.

Si es elegible para Medi-Cal

Si es elegible para recibir asistencia médica en virtud de un plan estatal de Medi-Cal, los beneficios proporcionados en virtud del Beneficio médico del JBT no se reducirán ni denegarán según su elegibilidad para la cobertura de Medi-Cal. El JBT reembolsará al plan estatal de Medi-Cal el costo de cualquier cargo permitido pagado por Medi-Cal que hubiera sido pagadero por el JBT.

Coordinación de beneficios con Medicare

Si es un empleado activo inscrito en un plan del JBT y también es elegible para la cobertura de Medicare, el plan se coordinará con Medicare. Si necesita más información sobre las Reglas de Coordinación de Beneficios de Medicare, llame a la Oficina administrativa o consulte <https://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Coordination-of-Benefits-and-Recovery-Overview/Medicare-Secondary-Payer/Medicare-Secondary-Payer.html>.

Parte D de Medicare

Si tiene cobertura dual bajo este Plan y la Parte D de Medicare, para los Empleados Activos elegibles para Medicare y sus Dependientes elegibles para Medicare, este plan de salud grupal paga la cobertura primaria y la Parte D de Medicare es secundaria.

Para obtener más información sobre la Parte D de Medicare, consulte www.medicare.gov o comuníquese con la Oficina administrativa.

Seguro de compensación de trabajadores

El Plan de salud y bienestar del JBT para empleados de bajo del Plan de Beneficios Médicos Temporales no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura por parte del seguro de compensación para trabajadores. El Plan no pagará beneficios por ninguna lesión corporal accidental causada o que ocurra en el curso del empleo de la persona elegible, o en relación con una enfermedad o dolencia por la cual la persona tiene derecho a beneficios de compensación para trabajadores o leyes similares. Sin embargo, el JBT puede proporcionar cobertura provisional sujeta a un gravamen contra cualquier beneficio de compensación para trabajadores finalmente otorgado. En el caso de que usted o un dependiente cubierto sufra una lesión relacionada con el trabajo y presente cualquier reclamo ante el JBT relacionada con esa lesión, el JBT condiciona cualquier pago de dichos reclamos a su derecho a recuperar cualquier dinero que haya pagado por estos reclamos de cualquier sentencia de compensación de trabajadores, adjudicación o acuerdo de cualquier tipo según se describe en Derecho a reembolso y responsabilidad de terceros.

Derecho a reembolso

El Fideicomiso de Beneficios Conjuntos se reserva el derecho a recuperar los pagos de reclamos realizados bajo el Plan en nombre de un empleado o dependiente cuando el reclamo sea resultado de o esté relacionado con una lesión o enfermedad que sea responsabilidad de un tercero. Usted está obligado a reembolsar al JBT en su totalidad por cualquier reclamo pagado en relación con dicha lesión o enfermedad. Si recupera cualquier monto de un tercero y no paga al JBT por los reclamos que pagó, el Plan deducirá el monto pagado de cualquiera de sus reclamos de beneficios futuros como compensación. ¿Quién es un tercero y cuándo es responsable de sus lesiones o enfermedades? Aquí hay unos ejemplos:

- Si tiene un accidente automovilístico y el otro conductor tiene la culpa, el tercero es el otro conductor y su compañía de seguros.
- Si sufre un accidente automovilístico y el otro conductor no está asegurado, la disposición para “automovilistas sin seguro” de su póliza de seguro de automóvil es un tercero para este propósito.
- Si se lesiona en un accidente automovilístico y está cubierto por una disposición de “sin culpa” de su propia póliza de seguro, su póliza es la tercera parte.
- Si se lesiona en el trabajo, la política de compensación para trabajadores de su empleador es la tercera parte.
- Si se cae en una tienda porque hubo un derrame cerca de un estante que nadie se molestó en limpiar, la tienda es el tercero.

Responsabilidad de terceros

Si el Plan paga reclamos por gastos incurridos debido a una enfermedad o lesión por la cual un tercero es (o puede ser) responsable, al presentar el reclamo para el pago, usted (y un dependiente cubierto si sufre la enfermedad o lesión) se considera que ha aceptado cada una de las siguientes condiciones:

- Que el JBT ha establecido un gravamen equitativo sobre cualquier recuperación recibida por usted (o su dependiente, representante legal, fideicomisario o agente);
- Notificar a cualquier tercero responsable de su enfermedad o lesión del derecho del Plan al reembolso de cualquier reclamo relacionado con su enfermedad o lesión;
- Mantener en fideicomiso cualquier reembolso o recuperación recibido por usted (o su dependiente, representante legal, fideicomisario o agente) en nombre del JBT a fin de cubrir todos los beneficios pagados por el Plan con respecto a dicha enfermedad o lesión y reembolsar al JBT de inmediato los beneficios pagados, incluso si usted o sus dependientes no están completamente compensados (“resarcidos”) por sus pérdidas;
- Que el JBT tiene el derecho a obtener el primer reembolso contra cualquier recuperación u otros ingresos de cualquier reclamo contra la otra persona (ya sea que el participante o dependiente esté íntegro o no) y que el reclamo del JBT tenga primera prioridad sobre todos los demás reclamos y derechos;
- Reembolsar al JBT en su totalidad hasta el monto total de todos los beneficios pagados por el Plan en relación con la enfermedad o lesión de cualquier recuperación recibida de un tercero, independientemente de si la recuperación se identifica de forma específica como un reembolso de gastos médicos. Todas las recuperaciones de un tercero, ya sea por demanda, acuerdo, seguro o de otro modo, deben entregarse al JBT como reembolso hasta el monto total de los beneficios pagados;
- Que el reclamo del JBT no está sujeto a reducción por honorarios o costos de abogados bajo la doctrina del “fondo común” o de otra manera;
- Que el reclamo del JBT no se reducirá bajo la doctrina de negligencia contributiva o comparativa;
- Que, en el caso de que elija no presentar su(s) reclamo(s) contra un tercero, el JBT se subrogará de forma equitativa a su derecho a recuperación y podrá perseguir sus reclamos;
- Asignar, a solicitud del JBT, cualquier derecho o causa de acción al JBT;

- No tomar u omitir tomar ninguna acción que perjudique la capacidad del JBT de recuperar los beneficios pagados y cooperar en hacer lo que sea razonablemente necesario para ayudar al JBT a obtener el reembolso;
- Cooperar en hacer lo que sea necesario para ayudar al JBT a recuperar los beneficios pagados o en la búsqueda de cualquier recuperación, incluyendo la presentación oportuna del formulario de gravamen de terceros del JBT y el cuestionario de accidentes, manteniendo al JBT informado del progreso de cualquier juicio, acuerdo o disposición de su reclamo;
- Reenviar cualquier recuperación al JBT dentro de los diez días posteriores al desembolso por parte del tercero o notificar al JBT por qué no puede hacerlo; y
- Al dictado de sentencia contra usted y, si corresponde, su dependiente, representante legal, agente, fideicomisario o fondo fiduciario en cualquier tribunal por el monto de los beneficios pagados en su nombre con respecto a la enfermedad o lesión en la medida de cualquier recuperación o ingresos que no fueron entregados como se requiere y por el costo de cobranza, incluyendo, entre otros, los honorarios y costos de los abogados del JBT.

Si usted o sus dependientes tienen cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente en virtud de una póliza de seguro de responsabilidad civil del automóvil que se aplica a una enfermedad o lesión causada o contribuida por un tercero, las condiciones descritas anteriormente también se aplican a sus derechos en virtud de esa póliza de seguro.

Si usted o sus dependientes no ayudan o se niegan a ayudar al JBT a recuperar los daños de un tercero, el JBT puede:

- Compensar lo que se pague en sus reclamos de beneficios futuros y/o sus dependientes hasta que el JBT sea reembolsado por completo por el costo de los reclamos presentados como resultado de la lesión o enfermedad causada por el tercero, incluyendo, entre otros, los costos incurridos en el cobro o no proporcionar ningún beneficio hasta que acepte cumplir con los términos de esta sección, incluyendo la ejecución de cualquier acuerdo que requiera dicho cumplimiento; y
- Presentar una demanda contra usted o sus dependientes para recuperar por completo la cantidad que el JBT debería haber sido reembolsada, y/o
- Tomar cualquier otra acción que la Junta de Fideicomisarios considere apropiada.

Si tiene preguntas sobre cómo cumplir con estas reglas de responsabilidad de terceros, comuníquese con la Oficina administrativa.

CAPÍTULO 13: PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES

ÓRDENES CALIFICADAS DE MANUTENCIÓN MÉDICA DE MENORES (QMCSO)	119
PAGOS REALIZADOS POR ERROR	119
REPRESENTANTE AUTORIZADO.....	120
TIPOS DE RECLAMOS.....	121
OTRAS DEFINICIONES Y CONCEPTOS IMPORTANTES.....	122
Información adicional necesaria.....	126
Disposición de coordinación de beneficios (COB)	126
¿Cuándo debe obtener la aprobación del Plan antes de obtener atención médica?	126
Revisión de asuntos que no son un reclamo según la definición en este capítulo.....	126
Información general sobre la presentación de reclamos	126
¿CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO?.....	126
Esquema de plazos para la presentación inicial de reclamos y el proceso de apelación de reclamos	129
Reclamos de atención urgente	130
Presentación de un reclamo inicial de atención de urgencia	130
¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo de atención de urgencia?	131
Reclamos previos al servicio.....	131
Presentación del reclamo inicial previo al servicio.....	131
¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo previo al servicio?	133
Reclamos de atención concurrente.....	133
Presentación de un reclamo de atención concurrente inicial	133
¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo de atención concurrente?	133
Reclamos posteriores al servicio.....	134
Presentación del reclamo inicial posterior al servicio	134
¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo posterior al servicio?	135
Reclamos por discapacidad	136
Presentación de un reclamo por discapacidad inicial.....	136
¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo por discapacidad?	137
DERECHO A LA COBERTURA CONTINUA	138
REVISIÓN EXTERNA DE RECLAMOS	138
Revisión externa de reclamos estándares (no urgentes)	139
Revisión preliminar de reclamos estándares.....	139
Revisión de reclamos estándares por parte de una Organización de revisión independiente (IRO).	139
Revisión externa acelerada (atención de urgencia).....	140
Revisión preliminar para un reclamo acelerado.....	140
Revisión de reclamos acelerados por parte de una organización de revisión independiente (IRO).	140
Después de la revisión externa.....	141
LIMITACIÓN SOBRE EL PLAZO DE PRESENTACIÓN DE UNA DEMANDA.....	141
AUTORIDAD DISCRECIONAL DE LOS ADMINISTRADORES Y DESIGNADOS DEL PLAN	142
FACILIDAD DE PAGO.....	142

CESIÓN 142

Para el beneficio médico, los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, el abuso de sustancias/dependencia química y los beneficios dentales y de la vista, usted o el proveedor deben presentar un reclamo. Los procedimientos de reclamo se describen aquí. Si su reclamo ha sido denegado en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a apelar la decisión.

Este capítulo también analiza el proceso que emprende el Plan sobre **determinados reclamos apelados, para consultar con un profesional de la salud** que tenga la capacitación y experiencia adecuadas al revisar una Determinación adversa de beneficios que se basa total o parcialmente en un juicio médico (como una determinación de que un servicio no es médicamente necesario, es experimental o en investigación).

Este capítulo describe:

- Cómo presentar un reclamo inicial de beneficios bajo cada opción de beneficio;
- Las reglas que el Plan debe seguir al tomar decisiones sobre reclamos o apelaciones, y
- Las reglas que debe seguir para apelar la denegación de un reclamo en virtud del Plan.

Órdenes Calificadas de Manutención Médica de Menores (QMCSO)

Una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO) puede requerir que el Plan pague los beneficios del Plan a cuenta de los gastos elegibles incurridos por los hijos dependientes cubiertos por el plan, ya sea al proveedor que brindó los servicios o al padre con custodia de los hijos dependientes. Si la cobertura de los hijos dependientes la proporciona realmente el Plan, y si el Administrador del Plan o su designado determina que ha recibido una QMCSO, pagará los beneficios del Plan a cuenta de los gastos incurridos por los hijos dependientes en la medida en que el Plan lo cubra según lo requiera esa QMCSO. Para obtener información adicional sobre las QMCSO, consulte el capítulo Elegibilidad de este documento y el Apéndice A.

Pagos realizados por error

En caso de que el Plan realice por error pagos de beneficios a un participante o proveedor en exceso de los montos previstos por este Plan, o que realice pagos de beneficios por error a un participante o proveedor por gastos por los cuales los beneficios no son pagaderos bajo este Plan, o pagos de beneficios a, o en nombre de, una persona que no era elegible para el Plan o que participa de manera fraudulenta en el Plan debido a un error o tergiversación de los hechos, el participante, la persona o el proveedor deben reembolsar las cantidades erróneas al JBT.

Al presentar un reclamo de pago por parte del Plan, se considera que usted (y un dependiente cubierto si sufre una enfermedad o lesión) y/o su proveedor han aceptado cada una de las siguientes condiciones con respecto a cualquier pago que se realice por error:

- Que el JBT ha establecido un gravamen equitativo sobre cualquier pago realizado por error y que usted (o su dependiente, representante legal, fideicomisario, cesionario o agente) o su proveedor reciban;
- Que debe notificar al JBT si tiene motivos para considerar que se realizó un pago por error;
- Que usted (o su dependiente, representante legal, fideicomisario, cesionario o agente) o su proveedor retendrán cualquier pago recibido por error en nombre del JBT y reembolsarán al JBT de inmediato los beneficios pagados;
- Que el reclamo del JBT no se reducirá bajo la doctrina de negligencia contributiva o comparativa;
- Que no tomará u omitirá tomar ninguna acción que perjudique la capacidad del JBT de recuperar el pago realizado por error;
- Cooperar en hacer lo que sea necesario para ayudar al JBT a recuperar el pago realizado por error; y
- Si el JBT presenta una solicitud de reembolso por escrito, reembolsar la cantidad pagada por error al JBT dentro del tiempo especificado en la solicitud por escrito.

Si usted (o su dependiente, representante legal, fideicomisario, cesionario o agente) o sus proveedores no ayudan o se niegan a ayudar al JBT a recuperar el pago realizado por error, el JBT puede:

- Compensar lo que se pague en sus reclamos de beneficios futuros y/o sus dependientes hasta que el JBT sea reembolsado por completo por el monto pagado por error; y

- Presentar una demanda contra usted (o su dependiente, representante legal, fideicomisario, cesionario o agente) o su proveedor para recuperar por completo el monto pagado por error y recuperar los honorarios y costos de los abogados del JBT incurridos en relación con la demanda, y/o
- Tomar cualquier otra acción que la Junta de Fideicomisarios considere apropiada.

Si tiene preguntas sobre cómo cumplir con estas reglas, comuníquese con la Oficina administrativa.

PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN INICIAL DE RECLAMOS

Todos los reclamos de beneficios médicos y dentales deben enviarse al Plan dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio.

Todos los reclamos de Beneficios de la vista deben enviarse al Plan dentro de los 6 meses posteriores a la fecha del servicio.

No se pagarán beneficios del Plan por ningún reclamo presentado después de estos períodos de tiempo.

Puede haber ocasiones durante la presentación o apelación de un reclamo en las que se le solicite que envíe información adicional. Se le indicará cuánto tiempo tiene para enviar esta información adicional.

El Plan no tiene la obligación legal de considerar la información enviada después del plazo establecido.

Representante autorizado

Este Plan reconoce a un representante autorizado como cualquier persona de al menos 18 años de edad a quien usted haya designado por escrito como la persona que puede actuar en su nombre para presentar un reclamo y apelar una Determinación adversa de beneficios bajo este Plan (debido a su fallecimiento, discapacidad u otro motivo aceptable para el Plan), o una persona a la que se le haya otorgado autoridad por orden judicial para presentar reclamos en su nombre.

Un representante autorizado de este Plan también incluye un profesional de la salud de la red. Según este Plan, los proveedores fuera de la red no pueden ser designados de forma automática como Representantes autorizados, el participante del plan debe hacer una designación por escrito si desea que un proveedor fuera de la red sea su representante autorizado para una apelación de reclamo; sin embargo, esta designación no extiende al proveedor fuera de la red el derecho a presentar una acción legal en nombre del participante o de su apelación de reclamo.

El Plan requiere una declaración por escrito de una persona que indique que ha designado un representante autorizado junto con el nombre, dirección y número de teléfono del representante. Para designar un representante autorizado, debe enviar un formulario de representante autorizado completo (disponible con el Administrador de Reclamos correspondiente).

Cuando una persona no pueda proporcionar una declaración por escrito, el Plan requerirá una prueba por escrito de que el representante autorizado propuesto tiene el poder notarial para fines de atención médica (*por ejemplo*, poder notarial para propósitos de atención médica, orden judicial de tutela/curaduría o es el cónyuge legal, padre, abuelo o hijo mayor de 18 años de la persona).

Una vez que el Plan reciba un formulario de representante autorizado, todos los reclamos futuros y la correspondencia relacionada con apelaciones se enviarán al representante autorizado y no a la persona. El Plan honrará al representante autorizado designado hasta que se revoque la designación, o según lo exija una orden judicial. Un participante puede revocar la condición de representante autorizado designado mediante la presentación de un formulario de cambio de representante autorizado disponible, que puede obtenerlo del Administrador de Reclamos correspondiente y que debe devolverlo a él.

En el caso de un reclamo de atención de urgencia, si un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica determina que un reclamo involucra atención de urgencia (dentro del significado de la definición de atención de urgencia), el Plan considerará a dicho profesional de la salud para ser el representante autorizado, evitando la necesidad de completar el formulario de representante autorizado por escrito del Plan.

El Plan se reserva el derecho a retener información de una persona que dice ser su representante autorizado si existe sospecha sobre las calificaciones de esa persona.

Tipos de reclamos

A los efectos de los beneficios cubiertos por estos procedimientos, un reclamo es una solicitud de un beneficio del Plan realizada por una persona (comúnmente llamada “reclamante”, pero en lo sucesivo, “usted”) o el representante autorizado de esa persona (tal como se define en este capítulo), de acuerdo con los procedimientos de reclamos del Plan descritos en este capítulo. Hay cinco tipos de reclamos descritos por los procedimientos de este capítulo: Previo al servicio, Urgente, Concurrente, Posterior al servicio y Discapacidad. El tipo de reclamo se determina a partir del momento en que se procesa el reclamo o revisión de la denegación del reclamo.

Cualquier solicitud de beneficios del Plan debe realizarse de acuerdo con los procedimientos de presentación de reclamos del Plan, incluyendo cualquier solicitud de un servicio que deba contar con autorización previa.

Un reclamo debe incluir los siguientes elementos para activar los procedimientos de procesamiento de reclamos del Plan:

- estar por escrito o electrónicamente (la comunicación oral es aceptable solo para reclamos de atención de urgencia),
- ser recibidos por el Administrador de Reclamos correspondiente según se define ese término en este capítulo,
- mencionar a un individuo específico,
- mencionar una condición o síntoma médico específico,
- mencionar un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita aprobación o pago,
- realizarse de acuerdo con los procedimientos de presentación de reclamos del Plan descritos en este capítulo y
- contener toda la información que requiere el Plan y su Administrador de Reclamos correspondiente, como la existencia de cobertura médica adicional que ayudaría al Plan a coordinar los beneficios.

Los cinco tipos de reclamos de este Plan son:

- **Reclamo de atención urgente.** Un reclamo de atención de urgencia es un reclamo previo al servicio por atención o tratamiento médico que, si se procesa de acuerdo con los límites de tiempo ordinarios para los reclamos previos al servicio, (1) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, o (2) en opinión del Proveedor que tiene conocimiento de su condición médica, lo sometería a un dolor severo que no se puede manejar de forma adecuada sin la atención o el tratamiento descritos en su reclamo.
- **Reclamo previo al servicio.** Un reclamo previo al servicio es por lo general una solicitud para una determinación de cobertura antes de que se brinde el tratamiento, cuando el Plan condiciona el pago, en su totalidad o en parte, previa aprobación antes de obtener el servicio de atención médica. Los servicios que requieren autorización previa (aprobación previa) se indican en el Capítulo 5. Según este Plan, el Administrador del Plan puede determinar, a su exclusivo criterio, pagar los beneficios por los servicios que necesitan autorización previa (que se obtuvieron sin aprobación previa) si el paciente no pudo obtener la aprobación previa porque existían circunstancias que hicieron imposible obtener dicha aprobación previa, o la aplicación del procedimiento previo al servicio (autorización previa) podría haber puesto en grave peligro la vida o salud del paciente.
- **Reclamo de atención concurrente.** Un reclamo de atención concurrente se refiere a una decisión del Plan de reducir o finalizar un tratamiento en curso aprobado previamente antes de que finalice el tratamiento aprobado. Un reclamo de atención concurrente también se refiere a una solicitud suya para extender un curso de tratamiento aprobado previamente. Las personas tendrán la oportunidad de argumentar a favor de la continuidad ininterrumpida de la atención antes de que se interrumpa el tratamiento.
- **Reclamo posterior al servicio.** Los reclamos posteriores al servicio son reclamos que involucran solo el pago o reembolso del costo de la atención que ya se ha brindado. Un reclamo posterior al servicio es un reclamo que no es un reclamo previo al servicio, un reclamo de atención urgente o un reclamo de atención concurrente. Un reclamo estándar en papel y una factura electrónica, enviadas para su pago una vez que

se han proporcionado los servicios, son ejemplos de reclamos posteriores al servicio. Un reclamo relacionado con la rescisión de la cobertura se tratará como un reclamo posterior al servicio.

- **Reclamo por discapacidad.** Un reclamo por discapacidad es cualquier reclamo en el que, para decidir si usted es elegible para el beneficio, el Plan debe determinar primero si está “discapacitado” según la definición del Plan. Los siguientes tipos de reclamos son reclamos de beneficios por discapacidad:
 - Extensión de la cobertura para empleados discapacitados o dependientes por hasta doce meses cuando finaliza la cobertura pagada por el empleador,
 - Extensión de cobertura para un hijo dependiente discapacitado de 26 años o más.

Otras definiciones y conceptos importantes

Debe consultar las siguientes definiciones cuando revise los Procedimientos de reclamos y apelaciones particulares que se tratan en este capítulo:

Información sobre apelaciones adversas: Para los fines de un reclamo posterior al servicio, un reclamo de atención de urgencia, un reclamo de atención concurrente o un reclamo previo al servicio, “Información de apelación adversa” significa lo siguiente:

- a. información que es suficiente para identificar el reclamo involucrado (por ejemplo, fecha del servicio, proveedor de atención médica, monto del reclamo si corresponde);
- b. una declaración de que, previa solicitud y de forma gratuita, se proporcionará el código de diagnóstico y/o código de tratamiento, y sus correspondientes significados;
- c. las razones específicas de la decisión de revisión de la apelación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado correspondiente y un análisis de la decisión, así como los estándares del Plan utilizados para denegar el reclamo;
- d. hacer referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- e. una declaración de que usted tiene derecho a recibir cuando lo solicite, acceso gratuito y copias de los documentos relevantes para su reclamo;
- f. una declaración de que usted tiene derecho a entablar una acción civil conforme a la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación;
- g. si la denegación se basó en una regla interna, pauta, protocolo o criterio similar, una declaración de que dicha norma, pauta, protocolo o criterio en el que se basó se le proporcionará sin cargo, previa solicitud;
- h. si la denegación se basó en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se proporcionará una declaración de que se le brindará una explicación sin cargo sobre el juicio científico o clínico de la denegación, previa solicitud;
- i. la declaración de que “Usted y su Plan pueden tener otras opciones voluntarias de resolución de disputas, como la mediación. Una forma de determinar qué puede estar disponible es ponerse en contacto con su Oficina del Departamento de Trabajo local de los EE. UU. y la agencia reguladora de seguros de su estado”;
- j. la divulgación de la disponibilidad y la información de contacto de cualquier defensor del pueblo aplicable establecido en virtud de la Ley de Servicios de Salud Pública para ayudar a las personas con reclamos internos y apelaciones y procesos de revisión externa (cuando la revisión externa sea relevante);
- k. la información para ayudarlo si no entiende inglés y si tiene preguntas sobre la denegación de un reclamo (consulte la sección Información general sobre la presentación de reclamos) en este capítulo.

Determinación adversa de beneficios, decisión adversa o decisión adversa en apelación. Cualquier denegación, reducción, terminación o falta de prestación o pago de un beneficio (ya sea en su totalidad o en parte) conforme al Plan. Cada uno de los siguientes es un ejemplo de una determinación adversa de beneficios:

- un pago de menos del 100% de un reclamo por beneficios (incluyendo los montos de coseguro o copago de menos del 100% y los montos aplicados al deducible);
- una denegación, reducción, terminación o falta de prestación o pago de un beneficio (en su totalidad o en parte) como resultado de cualquier decisión de revisión del uso;

- la falta de cobertura de un artículo o servicio porque el Plan lo considera experimental, de investigación, no es médicamente necesario o no es apropiado desde el punto de vista médico;
- una decisión que niega un beneficio en base a una determinación de que no es elegible para participar en el Plan;
- una rescisión de la cobertura, ya sea que haya o no un efecto adverso sobre cualquier beneficio en particular en ese momento, se considera una Determinación adversa de beneficios.

Información sobre la apelación adversa por discapacidad: A los efectos de un reclamo por discapacidad, “Información de apelación adversa por discapacidad” significa lo siguiente:

- Las razones específicas de la decisión de revisión de apelación adversa de los beneficios por discapacidad, incluyendo una conversación sobre las decisiones y la base para no estar de acuerdo con o no seguir las (1) opiniones presentadas por el reclamante al Plan sobre los profesionales de la salud que tratan al reclamante y el profesional vocacional que evaluó al reclamante, (2) opiniones presentadas por los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en nombre del Plan en relación con la Determinación adversa de beneficios del reclamante, y (3) la determinación de incapacidad del reclamante realizada por la Administración del Seguro Social y que presentó el reclamante al Plan (si corresponde);
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- Una declaración de que usted tiene derecho a recibir cuando lo solicite, acceso gratuito y copias de los documentos relevantes para su reclamo;
- Una declaración de que tiene derecho a iniciar una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación;
- Una descripción de cualquier período de limitación contractual aplicable en disputas de beneficios (como el límite de tiempo de un año del Plan sobre cuándo se puede presentar una demanda después de la denegación de una apelación);
- Si la denegación se basó en una regla interna, pauta, protocolo, estándar o criterio similar, se proporcionará una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo, estándar o criterio en el que se basó se le proporcionará sin cargo, previa solicitud;
- Si la denegación se basó en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se proporcionará una declaración de que se le proporcionará sin cargo una explicación con respecto al juicio científico o clínico de la denegación, previa solicitud; y
- Una declaración de que si no domina el inglés y tiene preguntas sobre los beneficios por discapacidad, cómo presentar un reclamo por beneficios por discapacidad o sobre la denegación de un reclamo, debe comunicarse con la Oficina administrativa para obtener ayuda.

Información de denegación de reclamo: Cuando se deniega un reclamo posterior al servicio, un reclamo de atención de urgencia, un reclamo de atención concurrente o un reclamo previo al servicio, la “Información de rechazo del reclamo” proporcionada:

- identificará el reclamo involucrado (por ejemplo, fecha del servicio, proveedor de atención médica, monto del reclamo si corresponde);
- precisará que, previa solicitud y de forma gratuita, se facilitará, en su caso, el código de diagnóstico y/o código de tratamiento, y sus correspondientes significados. Sin embargo, una solicitud de esta información no se tratará como una solicitud de apelación interna o revisión externa (cuando la revisión externa sea aplicable);
- dará la(s) razón(es) específica(s) de la denegación, incluyendo el código de denegación y su significado correspondiente, así como los estándares del Plan utilizados para denegar el reclamo;
- hacer referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- incluirá una declaración de que usted tiene derecho a recibir a pedido, acceso gratuito y copias de los documentos relevantes para su reclamo;

- f. describirá cualquier información adicional necesaria para perfeccionar la afirmación y una explicación de por qué es necesaria dicha información adicional;
- g. proporcionará una explicación del procedimiento de apelación interna del Plan (y el proceso de revisión externa cuando la revisión externa es relevante) junto con los límites de tiempo y la información sobre cómo iniciar una apelación. Para las denegaciones de reclamos de atención de urgencia, se proporcionará una descripción del proceso de revisión de apelación acelerada para reclamos de atención de urgencia. Para el proceso de revisión externa (cuando la revisión externa sea relevante), se proporcionará una descripción del proceso de revisión externa acelerada para reclamos de atención de urgencia;
- h. incluirá una declaración de que tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud de la Sección 502(a) de ERISA una vez que se complete la apelación;
- i. si la denegación se basó en una regla interna, pauta, protocolo o criterio similar, una declaración de que dicha norma, pauta, protocolo o criterio en el que se basó se le proporcionará sin cargo, previa solicitud;
- j. si la denegación se basó en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una declaración de que se le proporcionará sin cargo una explicación con respecto al juicio científico o clínico de la denegación, previa solicitud;
- k. divulgará la disponibilidad y la información de contacto de cualquier defensor del pueblo aplicable establecido en virtud de la Ley de Servicios de Salud Pública para ayudar a las personas con reclamos internos y apelaciones; y
- l. proporcionará información para ayudarlo si no comprende inglés y tiene preguntas sobre la denegación de un reclamo (consulte la sección Información general sobre la presentación de reclamos) en este capítulo.

Días: A los efectos de los Procedimientos de reclamos y apelaciones descritos en este capítulo, “días” se refiere a días calendario, no a días hábiles.

Información sobre la denegación de reclamos por discapacidad: Cuando se deniega un reclamo por discapacidad, la “Información de denegación del reclamo” proporcionada incluirá:

- a. la(s) razón(es) específica(s) para la denegación de los beneficios por discapacidad, incluyendo un análisis de las decisiones y la base para no estar de acuerdo con o no seguir las (1) opiniones presentadas por el reclamante al Plan sobre los profesionales de la salud que tratan al reclamante y el profesional vocacional que evaluó al reclamante, (2) opiniones presentadas por los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en nombre del Plan en relación con la Determinación adversa de beneficios del reclamante, y (3) la determinación de incapacidad del reclamante realizada por la Administración del Seguro Social y que presentó el reclamante al Plan (si corresponde).
- b. Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- c. Una declaración de que tiene derecho a recibir cuando lo solicite, acceso gratuito y copias de documentos, registros y otra información relevante para su reclamo;
- d. Descripciones de cualquier información adicional necesaria para perfeccionar el reclamo y una explicación de por qué es necesaria dicha información adicional;
- e. Una explicación de los procedimientos de apelación del Plan junto con los límites de tiempo;
- f. Una declaración de que tiene derecho a entablar una acción civil conforme a la Sección 502(a) de ERISA después de una apelación;
- g. Una descripción de cualquier período de limitación contractual aplicable en disputas de beneficios (como el límite de tiempo de un año del Plan sobre cuándo se puede presentar una demanda después de la denegación de una apelación);
- h. Si la denegación se basó en una regla interna, directriz, protocolo, estándar o criterio similar, se proporcionará una declaración de que dicha regla, directriz, protocolo, estándar o criterio en el que se basó se le proporcionará sin cargo, a petición;

- i. Si la denegación se basó en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se proporcionará una declaración de que se le proporcionará sin cargo una explicación con respecto al juicio científico o clínico de la denegación, previa solicitud; y
- j. Una declaración de que si un participante no domina el inglés y tiene preguntas sobre la denegación de un reclamo, debe comunicarse con la Oficina administrativa para averiguar si hay asistencia disponible.

Profesional de la salud: Hace referencia a un médico u otro profesional de la salud con licencia, acreditación o certificación para realizar servicios de salud específicos de conformidad con la ley estatal.

Organización de revisión independiente o IRO: Hace referencia a una entidad que realiza revisiones externas independientes de determinaciones adversas de beneficios de acuerdo con las disposiciones de revisión externa del Plan y las regulaciones federales vigentes sobre revisión externa.

Información y procedimiento de apelación individual: Para los fines de un reclamo posterior al servicio, un reclamo de atención de urgencia, un reclamo de atención concurrente, un reclamo previo al servicio o un reclamo por discapacidad, “Información y procedimiento de apelación individual” significa que se le proporcionará:

- a. previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para su reclamo de beneficios;
- b. la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo de beneficios;
- c. una revisión completa y justa que tenga en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información enviada por usted, sin importar si dicha información se envió o consideró en la determinación inicial de beneficios;
- d. de forma automática y gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, basada o generada por el Plan (o bajo la dirección del Plan) en relación con el reclamo denegado. Dicha evidencia se proporcionará tan pronto como sea posible (y con suficiente anticipación a la fecha en la que se requiere que se proporcione el aviso de Determinación adversa de beneficios en revisión) para brindarle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha. Además, antes de que el Plan emita una determinación adversa de beneficios en revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará, de forma automática y gratuita, la justificación. La justificación se proporcionará lo antes posible (y con suficiente anticipación a la fecha en la que se requiere que se proporcione el aviso de Determinación adversa de beneficios en revisión) para darle un tiempo razonable a fin de responder antes de esa fecha;
- e. una revisión que no ofrece deferencia a la Determinación adversa de beneficios inicial y que la realiza un fiduciario del Plan con el nombre apropiado que no es la persona que tomó la Determinación adversa de beneficios que es el tema de la apelación, ni el subordinado de dicha persona;
- f. Al decidir una apelación de cualquier Determinación adversa de beneficios que se base total o parcialmente en un juicio médico, incluso si un tratamiento, medicamento u otro artículo en particular es experimental, de investigación, no es médicamente necesario o no es apropiado, el plan:
 - 1. consultará con un Profesional de la salud que tenga la experiencia adecuada en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico y que no sea un individuo que fue consultado en relación con la Determinación adversa de beneficios que es el tema de la apelación ni el subordinado de dicho individuo; y
 - 2. proporcionará la identificación de expertos médicos o vocacionales cuya consejería se obtuvo en relación con una Determinación adversa de beneficios sin tener en cuenta si se basó en la consejería para tomar la determinación de beneficios.

Rescisión: Hace referencia a una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo, excepto en la medida en que sea atribuible a la falta de pago oportuno de las contribuciones requeridas o los pagos propios. El Plan puede rescindir su cobertura si realiza un acto, práctica u omisión que constituya un fraude o si realiza una tergiversación intencional de un hecho material que está prohibido por los términos de este Plan.

Información adicional necesaria

Puede haber ocasiones durante la presentación o apelación de un reclamo en las que se le solicite que envíe información adicional. Se le indicará cuánto tiempo tiene para enviar esta información adicional. El Plan no tiene la obligación legal de considerar la información enviada después de estos períodos establecidos.

Disposición de coordinación de beneficios (COB)

Este Plan contiene una disposición de Coordinación de Beneficios (COB) para evitar el doble pago de los gastos cubiertos. Es posible que se le solicite que envíe información sobre cualquier cobertura adicional que tenga disponible para que este Plan sepa si debe pagar por sus servicios elegibles y cuánto debe pagar. Sin su cooperación para enviar información sobre cobertura adicional a este Plan, el Plan puede rechazar reclamos hasta que se obtenga la información solicitada. Consulte el capítulo Coordinación de beneficios (Capítulo 12) para obtener más información.

¿Cuándo debe obtener la aprobación del Plan antes de obtener atención médica?

Algunos beneficios del Plan se pagan sin una multa financiera solo si el Plan aprueba el pago **antes** de que reciba los servicios. Estos beneficios se denominan reclamos previos al servicio (también conocidos como autorización previa). Consulte la definición de reclamos previos al servicio en este capítulo. No es necesario que obtenga aprobación previa para la atención de emergencia, incluyendo la atención brindada en la sala de emergencias de un hospital o la admisión en el hospital para el parto de un bebé. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa y el Capítulo 9 para obtener información sobre los servicios del plan dental que requieren autorización previa.

Revisión de asuntos que no son un reclamo según la definición en este capítulo

Un participante del Plan puede solicitar la revisión de un problema (que no es un reclamo según se define en este capítulo) al escribir a la Junta de Fideicomisarios cuya información de contacto se indica en la Tabla de referencia rápida en este documento. Si el Plan recibe la solicitud de revisión del problema con más de 30 días de anticipación a la próxima reunión de la Junta, la revisión por lo general se llevará a cabo en la fecha de la siguiente reunión de la Junta y, a más tardar, en la segunda reunión posterior a recibir la apelación. Si el Plan recibe la solicitud de revisión del problema dentro de los 30 días de la próxima reunión de la Junta, la revisión de la Junta tendrá lugar a más tardar en la segunda reunión que sigue a la recepción de la apelación. Una vez que la Junta tome su decisión, se le notificará el resultado de la revisión a más tardar 5 días calendario después de que se tome la decisión sobre la revisión del problema.

Información general sobre la presentación de reclamos

Si no entiende inglés y tiene preguntas sobre la denegación de un reclamo, comuníquese con la Oficina administrativa para averiguar si hay ayuda disponible.

- ESPAÑOL: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-528-4357.

Los participantes y beneficiarios pueden solicitar documentos e instrumentos del Plan con respecto a si el Plan está brindando beneficios de acuerdo con la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones (MHPAEA) y se deben proporcionar copias dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. Esto puede incluir documentación que ilustre cómo el plan de salud ha determinado que cualquier requisito financiero, limitación cuantitativa del tratamiento o limitación no cuantitativa del tratamiento cumple con la MHPAEA.

¿Cómo presentar un reclamo?

A menos que el servicio que reciba requiera autorización previa, la mayoría de sus reclamos se presentarán después de que reciba el servicio (un reclamo posterior al servicio). El procedimiento para presentar estos reclamos depende del tipo de servicio que reciba y si utiliza proveedores dentro o fuera de la red.

Cuando obtiene servicios de un proveedor que participa en una red de proveedores bajo contrato con el JBT, por lo general no necesita presentar un reclamo de beneficios. Los proveedores de la red son responsables de facturar al Administrador de Reclamos correspondiente. Sin embargo, si recibe una factura que requiere el pago de un

monto superior al copago o coseguro normal, puede presentar un reclamo al Administrador de Reclamos correspondiente.

Cuando obtiene servicios de un proveedor que no participa en una red de proveedores bajo contrato con el JBT (un proveedor fuera de la red), usted debe presentar un reclamo ante el Administrador de Reclamos correspondiente. Recuerde, dentro de los Estados Unidos no hay beneficios pagaderos bajo este Plan si usa un proveedor fuera de la red para servicios médicos (excepto los servicios de la sala de emergencias en una situación de emergencia), o medicamentos recetados, incluyendo los beneficios no pagaderos para los proveedores de Anthem Blue Cross que no son de la red Advantage si está inscrito en el plan Advantage.

Administrador de Reclamos correspondiente:

Diversas organizaciones tienen contrato con el JBT para realizar servicios de adjudicación de reclamos (es decir, la administración de reclamos de medicamentos recetados y de salud y/o apelaciones de reclamos) y para realizar servicios de revisión médica/revisión del uso y apelaciones de reclamos.

Los reclamos son adjudicados por varios administradores de reclamos diferentes según el tipo de beneficio que se busca. Las organizaciones que administran cada tipo de reclamo de salud (el Administrador de Reclamos correspondiente) se describen en el siguiente cuadro. (Para obtener la información de contacto de cada Administrador de Reclamos, consulte la Tabla de referencia rápida al inicio de este documento.)

Tipo de reclamo	¿Quién adjudica el reclamo?	Nivel(es) de apelación	¿Quién adjudica la apelación?
Urgente, previo al servicio o concurrente			
• Ciertos* reclamos dentales	Oficina administrativa	Nivel uno	Junta de Fideicomisarios
• Ciertos* reclamos de beneficios médicos	Anthem Blue Cross	Nivel uno	Anthem Blue Cross
• Ciertos* reclamos quiroprácticos de Landmark	Landmark	Nivel uno	Landmark
• Reclamos de tratamiento por abuso de sustancias	TARP	Nivel uno	Junta de Fideicomisarios
• Reclamos de medicamentos para pacientes ambulatorios	Programa de medicamentos recetados	Solo nivel uno	Programa de medicamentos recetados
*Consulte el capítulo Gestión de uso para obtener una descripción completa de los servicios para los que se requiere autorización previa			
Servicio postal			
• Reclamos médicos, quiroprácticos de Anthem	Anthem Blue Cross	Nivel uno	Anthem Blue Cross
		Nivel dos	Junta de Fideicomisarios
• Reclamos médicos, quiroprácticos de Anthem recibidos de un proveedor fuera de California	Tarjeta azul	Nivel uno	Tarjeta azul
		Nivel dos	Junta de Fideicomisarios
• Reclamos dentales	Oficina administrativa	Solo nivel uno	Junta de Fideicomisarios
• Reclamos quiroprácticos de Landmark	Landmark	Nivel uno	Landmark
		Nivel dos	Junta de Fideicomisarios
• Reclamos de tratamiento por abuso de sustancias	TARP	Solo nivel uno	Junta de Fideicomisarios

Tipo de reclamo	¿Quién adjudica el reclamo?	Nivel(es) de apelación	¿Quién adjudica la apelación?
Reclamos de medicamentos para pacientes ambulatorios	Programa de medicamentos recetados	Solo nivel uno	Programa de medicamentos recetados
Problemas de elegibilidad	Oficina administrativa	Solo nivel uno	Junta de Fideicomisarios
Reclamos de beneficios de la vista	VSP	Solo nivel uno	VSP
Discapacidad			
Reclamos por discapacidad	Oficina administrativa	Solo nivel uno	Junta de Fideicomisarios

Reclamos previos al servicio, reclamos de atención de urgencia y reclamos de atención concurrente para extender el tratamiento aprobado:

- Consulte el Capítulo de Gestión de uso, el Capítulo de Beneficios dentales y/o el Capítulo de Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para obtener una descripción completa de los tipos de servicios que requieren autorización previa.
- Para todas las admisiones electivas a un hospital, admisiones a un centro de enfermería especializada u otro tipo de centro de atención médica para tratamiento médico, atención médica en el hogar o para participar en un ensayo clínico, haga que su médico llame a Anthem Blue Cross al (800) 274-7767. Si su médico considera que la solicitud de autorización previa debe manejarse como un reclamo de atención de urgencia, debe indicárselo a Anthem Blue Cross.
- Para equipos médicos duraderos que requieran autorización previa, terapia física o visitas de acupuntura después de la visita 20 en un año calendario, o cuando planea participar en un ensayo clínico, su Médico debe llamar a la Oficina administrativa al (800) 528-4357.
- Para tratamiento por abuso de sustancias, llame al Programa de Rehabilitación de Drogas/Alcohol de Teamsters (TARP) al (800) 522-8277. Si considera que su solicitud de remisión debe manejarse como un reclamo urgente, debe indicárselo al TARP.
- Para los medicamentos recetados que requieran autorización previa, su médico debe llamar a CVS/Caremark al (800) 294-5979.

Reclamos posteriores al servicio por beneficios médicos, quiroprácticos, de dependencia química, medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y dentales: Los proveedores contratados enviarán sus reclamos por usted. Todos los reclamos deben enviarse de forma directa a la Oficina administrativa por vía electrónica a JBT@HSBA.com o por fax al 925-828-8558, o por correo a Health Services & Benefit Administrators, 4160 Dublin Blvd., Suite 400, Dublin, CA, 94568.

Reclamos posteriores al servicio para beneficios de cuidado de la vista (*necesarios solo si utiliza un proveedor que no sea de Advantage VSP*): Envíe su formulario de reembolso fuera de la red (disponible en www.vsp.com o 800-877-7195) con su recibo detallado a la siguiente dirección: Vision Service Plan, a la atención de: Out-of-Network Provider Claims, P.O. Box 997105, Sacramento, CA 95899-7105.

Reclamos incurridos fuera de EE. UU.: En la mayoría de los casos, tendrá que pagarle al proveedor al momento del servicio. Luego, en una fecha posterior, puede presentar el reclamo extranjera y su comprobante de pago a la Oficina administrativa en Health Services & Benefit Administrators, 4160 Dublin Blvd., Suite 400, Dublin, CA 94568, para considerar el reembolso de acuerdo con las reglas del Plan descritas en este documento.

- **Reclamos incurridos en México:** Además de los requisitos anteriores, para reclamos incurridos en México, cada factura debe estar acompañada de un recibo de registro federal de servicios original que contenga un número de factura único y el sello de registro del gobierno mexicano que autorice al

proveedor a prestar servicios profesionales o al farmacéutico a suministrar medicamentos. El proveedor debe poder brindar al JBT, previa solicitud, la documentación de los servicios prestados.

- **Tarifas globales:** Para reclamos del exterior que contengan tarifas globales (un solo monto facturado por todos los servicios prestados) o agrupación de servicios en un solo monto facturado, el proveedor debe indicar cada servicio realizado, la fecha del servicio y el cargo por cada uno.

Esquema de plazos para la presentación inicial de reclamos y el proceso de apelación de reclamos

Descripción general de los plazos de reclamos y apelaciones					
Nota: La revisión externa solo está disponible para ciertos tipos de reclamos. Consulte la página 138 para obtener más información y los plazos aplicables a la revisión externa.					
	Urgente	Concurrente	Previo al servicio	Servicio postal	Incapacidad
El plan debe hacer una determinación de beneficios de reclamo inicial tan pronto como sea posible, pero a más tardar:	72 horas	Antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento.	15 días	30 días	45 días
¿Se permite la extensión durante la determinación inicial de beneficios?	No ¹	No	15 días	15 días	Hasta dos extensiones, cada 30 días
La revisión de la apelación debe enviarse al Plan dentro de:	180 días	180 días	180 días	180 días	180 días
El plan debe hacer una determinación de beneficios de reclamos de apelación tan pronto como sea posible, pero a más tardar:	72 horas	Antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento.	30 días	Revise el siguiente cuadro	Revise el siguiente cuadro
¿Se permite la extensión durante la revisión de la apelación?	No	No	No	Revise el siguiente cuadro	Sí

¹no hay prórroga formal para reclamos de atención de urgencia, pero la regulación permite que si un reclamante presenta información insuficiente, se le permitirá hasta 48 horas para proporcionar la información.

Plazos de apelación posteriores al servicio para el plan con Juntas de fideicomisarios que se reúnen al menos trimestralmente		
Apelación de nivel uno presentada ante el Administrador de Reclamos correspondiente que no es la Junta de Fideicomisarios	La determinación se hará sobre la apelación a más tardar: • 60 días si hay un nivel de apelación, • 30 días si hay dos niveles de apelación.	No se permite una extensión en la revisión de apelación de nivel uno.

Plazos de apelación posteriores al servicio para el plan con Juntas de fideicomisarios que se reúnen al menos trimestralmente		
Apelación de nivel uno o dos presentada ante la Junta de Fideicomisarios dentro de los 30 días de la próxima reunión de la Junta:	La revisión de la junta se lleva a cabo a más tardar en la segunda reunión posterior a la recepción de la apelación.	Si circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo, la revisión de la Junta puede ocurrir en la tercera reunión después de recibir la apelación.
Apelación de nivel uno o dos presentada ante la Junta de Fideicomisarios más de 30 días antes de la próxima reunión de la Junta:	La revisión de la Junta se lleva a cabo en la próxima fecha de reunión de la Junta.	Si circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo, la revisión de la Junta puede ocurrir en la segunda reunión después de recibir la apelación.

Reclamos de atención urgente

Presentación de un reclamo inicial de atención de urgencia

1. Los reclamos de atención urgente, que pueden incluir solicitudes de autorización previa de admisiones hospitalarias y autorización previa de servicios, pueden solicitarse oralmente o por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente, cuya información de contacto se incluye en la Tabla de referencia rápida de este documento. Todo reclamo de atención de urgencia que se solicite por escrito debe indicar de manera destacada en su portada que es un “reclamo de atención de urgencia” que requiere atención inmediata. Si un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica determina que un reclamo implica atención de urgencia (según la definición de este Plan), este Plan considerará al profesional de la salud como el representante autorizado, evitando la necesidad de completar el formulario de representante autorizado por escrito del Plan.
2. Se le notificará verbalmente sobre la determinación de beneficios del Plan tan pronto como sea posible, pero a más tardar **72 horas** después de recibir el Reclamo de parte del Administrador de Reclamos correspondiente. También se proporcionará una notificación por escrito de la determinación a más tardar **3 días naturales** después de la notificación oral. Para las denegaciones de reclamos, el Plan enviará un aviso de denegación inicial de reclamos de atención urgente que incluirá la **Información de denegación de reclamo** tal como se explica en la sección Definiciones anteriormente en este capítulo. También se le notificará si no sigue los procedimientos de reclamo de atención de urgencia o si no proporciona información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos según el Plan o en qué medida.
3. Si se recibe un reclamo de atención de urgencia sin información suficiente para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o son pagaderos, el Administrador de Reclamos correspondiente notificará al reclamante lo antes posible, pero a más tardar **24 horas** después de recibir el reclamo, de la información específica necesaria para completar el reclamo. El reclamante debe proporcionar la información especificada dentro las **48 horas** después de recibir la solicitud de información adicional. Si la información no se proporciona dentro de ese tiempo, se denegará el reclamo.
4. Durante el período en el que el reclamante puede proporcionar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha del aviso de extensión hasta por **48 horas** o la fecha en que el reclamante responda a la solicitud, lo que ocurra primero. La notificación de la decisión se proporcionará a más tardar **48 horas** después de recibir la información especificada.
5. Si un reclamante presenta indebidamente un Reclamo de atención urgente, el Administrador de Reclamos correspondiente notificará al reclamante lo antes posible, pero a más tardar **24 horas** después de recibir el reclamo de los procedimientos adecuados requeridos para presentar un reclamo de atención de urgencia. Los reclamos presentados de forma incorrecta incluyen, entre otros:

- reclamos que no están dirigidos a una persona o unidad organizativa habitualmente responsable de manejar los asuntos relacionados con los beneficios; o
- reclamos que no mencionan a un reclamante específico, una condición médica o síntoma específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicita la aprobación.

La notificación puede ser oral, a menos que el reclamante o el representante autorizado solicite una notificación por escrito. A menos que se vuelva a presentar de forma correcta, un reclamo presentado incorrectamente no constituirá un reclamo.

¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo de atención de urgencia?

Si no está de acuerdo con la denegación de un reclamo de atención de urgencia, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión de la apelación tal como se describe a continuación. Tiene 180 días después de recibir una denegación inicial para solicitar una revisión de la apelación. El Plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días calendario.

1. Este Plan mantiene un proceso de apelación de reclamos de un nivel para reclamos de atención de urgencia. Puede solicitar una revisión de apelación de un reclamo de atención de urgencia al enviar la solicitud oralmente (para una revisión acelerada) o por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente, cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida en este documento.
2. Se le proporcionará la **Información y procedimiento de apelación individual** tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
3. El Plan tomará una determinación sobre la apelación (sin la oportunidad de una extensión) tan pronto como sea posible, pero a más tardar **72 horas** después de recibir la apelación.
4. El aviso de revisión de la apelación de un reclamo de atención de urgencia se proporcionará oralmente con confirmación por escrito (o de forma electrónica, según corresponda). Recibirá un aviso de la determinación de la apelación. Si esa determinación es adversa, incluirá la **Información sobre apelaciones adversas**, tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
5. Esto concluye el proceso de apelación de reclamos de atención urgente bajo este Plan. Este Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario adicional. Sin embargo, consulte “Revisión externa de reclamos” que se describe en la página 138.

Reclamos previos al servicio

Presentación del reclamo inicial previo al servicio

1. Los reclamos previos al servicio pueden presentarse oralmente o por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente, cuya información de contacto se incluye en la Tabla de referencia rápida de este documento.
2. El Administrador de Reclamos correspondiente notificará al reclamante sobre un Reclamo previo al servicio presentado incorrectamente y sobre los procedimientos adecuados que se deben seguir para presentar un reclamo, incluyendo la información adicional necesaria para completar el reclamo, lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar **5 días** después de la recepción del reclamo en el caso de reclamos previos al servicio.
3. Para los Reclamos previos al servicio debidamente presentados, el Administrador de Reclamos correspondiente notificará, por escrito, al reclamante y, si se solicita, al médico del reclamante u otro proveedor sobre una decisión dentro de los **15 días** después de recibir el reclamo, a menos que se necesite tiempo adicional. Si se rechaza el reclamo, el aviso de rechazo inicial del reclamo de atención previa al servicio, que incluirá la **Información de denegación de reclamo** tal como se explica en la sección Definiciones anteriormente en este capítulo.
4. El tiempo de respuesta puede extenderse hasta por un período adicional de **15 días** si es necesario debido a asuntos fuera del control del Administrador de Reclamos correspondiente. Si es necesaria una extensión, el Administrador de Reclamos correspondiente notificará al reclamante, por escrito, sobre la necesidad de extender el período inicial de **15 días** antes de la expiración del período inicial de **15 días**, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en la que se espera que se tome una decisión.

5. Si se requiere una extensión porque el Administrador de Reclamos correspondiente necesita información adicional del participante, el Administrador de Reclamos correspondiente emitirá una solicitud de información adicional que especifique la información necesaria.
 - a. Si se extiende un período de tiempo debido a que no se presentó la información, el período de tiempo se suspende desde la fecha en que se envía el Aviso de extensión hasta la fecha en la que usted responda o hasta que hayan transcurrido 60 días desde que se le envió el Aviso, lo que ocurra primero. Suspende significa detener o parar, particularmente en lo que se refiere a períodos de tiempo durante el proceso de reclamos.
 - b. El Aviso de extensión explicará los estándares en los que se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que impiden una decisión (como el hecho de que no envíe la información necesaria para decidir el reclamo) y la información adicional necesaria para resolver esos problemas.
 - c. En cualquiera de los casos mencionados anteriormente, se le notificará sobre la necesidad de información adicional en el Aviso de extensión y se le concederán 60 días a partir de la fecha en que se envió el Aviso (y en ningún caso menos de 45 días calendario a partir de la recepción del Aviso de extensión) para proporcionar la información adicional.
 - d. Se tomará una determinación de reclamo a más tardar 15 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la información adicional o la fecha que se muestra en el Aviso de extensión sobre la cual se tomará una decisión si no se recibe información adicional.

¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo previo al servicio?

Si no está de acuerdo con la denegación de un reclamo previo al servicio, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión de la apelación tal como se describe a continuación. Tiene 180 días después de recibir una denegación inicial para solicitar una revisión de la apelación. El Plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días calendario.

1. Este Plan mantiene un proceso de apelación de reclamos de un nivel para reclamos previos al servicio. Las apelaciones deben enviarse por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente, cuya información de contacto figura en la Tabla de referencia rápida de este documento. Se le proporcionará la Información y procedimiento de apelación individual tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
2. Según el proceso de apelación de un nivel de este Plan, el Plan tomará una determinación sobre la apelación a más tardar **30 días naturales** desde la recepción de la apelación. No se permite ninguna extensión para el Plan en el proceso de revisión de apelaciones.
3. **No se permite una extensión** al Plan en el proceso de revisión de apelaciones. Se le enviará un aviso por escrito (o electrónico, según corresponda) de la determinación de la apelación, como se explica a continuación.
4. Usted tiene derecho a revisar los documentos relevantes para el reclamo y a enviar sus propios comentarios por escrito. Estos materiales se tendrán en cuenta durante la revisión de la denegación. Su reclamo lo revisará una persona con un nivel de administración más alto que la persona que inicialmente negó el reclamo.
5. Si el reclamo se denegó debido a una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, el Plan consultará con un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico y que no haya sido consultado en la denegación original, ni subordinado de tal individuo.
6. Recibirá un aviso de la determinación de la apelación. Si esa determinación es adversa, incluirá la **Información sobre apelaciones adversas**, tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
7. Esto concluye el proceso de apelación previo al servicio bajo este Plan. Este Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario adicional. Sin embargo, consulte “Revisión externa de reclamos” que se describe en la página 138.

Reclamos de atención concurrente

Presentación de un reclamo de atención concurrente inicial

1. Un reclamo que involucre atención concurrente (tal como se define anteriormente en este capítulo) puede presentarse por escrito (o verbalmente para una revisión acelerada) al Administrador de Reclamos correspondiente, cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida al principio de este documento.
2. Si se toma la decisión de reducir o finalizar un curso de tratamiento aprobado, se notificará al participante con suficiente anticipación sobre la reducción o finalización para permitirle al Participante o Beneficiario apelar y obtener una determinación de esa Determinación adversa de beneficios antes de que se reduzca o termine el beneficio.
3. Las Reclamos de atención concurrente que son un Reclamo de atención de urgencia se procesarán de acuerdo con los procedimientos y plazos indicados en esta Sección para los reclamos de atención de urgencia. Los Reclamos de atención concurrente que no sean un Reclamo de atención de urgencia se procesarán de acuerdo con los procedimientos y plazos indicados en este Capítulo para los reclamos de atención concurrente.
4. Si se aprueba el Reclamo de atención concurrente, se notificará al participante de forma oral, seguido de un aviso por escrito proporcionado a más tardar **3 días** después de la notificación oral. Si se rechaza el Reclamo de atención concurrente, en su totalidad o en parte, se notificará al participante verbalmente seguido de un aviso por escrito. La denegación inicial del reclamo de atención concurrente incluirá la **Información de denegación de reclamo**, tal como se explica en la sección Definiciones en este capítulo.

¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo de atención concurrente?

Si no está de acuerdo con la denegación de un reclamo de atención concurrente, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión de la apelación tal como se describe a continuación. Tiene 180 días después de recibir una denegación inicial para solicitar una revisión de la apelación. El Plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días calendario.

1. Este Plan mantiene un proceso de apelación de reclamos de 1 nivel para reclamos de atención concurrente. Puede solicitar una revisión de apelación de un reclamo de atención concurrente al presentar la solicitud de forma oral (para una revisión acelerada) o por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente, cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida en este documento. Se le proporcionará los **Procedimientos e información de apelación individual**, tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
2. Se tomará una determinación sobre la apelación (sin la oportunidad de extensión), **tan pronto como sea posible antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento**.
3. El aviso de revisión de la apelación para el reclamo concurrente se puede proporcionar de forma oral (para reclamos de atención de urgencia), con un aviso por escrito (o electrónico, según corresponda). Recibirá un aviso de la determinación de la apelación. Si esa determinación es adversa, incluirá la **Información sobre apelaciones adversas**, tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
4. Esto concluye el proceso de apelación de reclamos concurrentes bajo este Plan. Este Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario adicional. Sin embargo, consulte “Revisión externa de reclamos” que se describe en la página 138.

Reclamos posteriores al servicio

Presentación del reclamo inicial posterior al servicio

Por lo general, los proveedores de atención médica de la red envían su factura de forma directa al plan. Esto significa que cuando se utilizan proveedores de la red, por lo general, no hay que completar formularios ni documentos de reclamos.

Si paga por los servicios de atención médica fuera de la red al momento en que se brindan los servicios, puede enviar la factura al Administrador de Reclamos correspondiente más adelante. Al momento de enviar su reclamo, debe proporcionar evidencia aceptable al Administrador de Reclamos correspondiente de que usted o su dependiente cubierto pagaron algunos o todos los cargos. Si el plan paga beneficios fuera de la red, los gastos médicos y dentales elegibles se pagarán hasta el monto permitido por el plan para esos gastos.

Un reclamo posterior al servicio debe enviarse por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente, utilizando un formulario de reclamos apropiado **dentro de un (1) año después de incurrir en los gastos**. (Esto no se aplica a los reclamos de la vista, que deben enviarse al Plan de servicios de la vista según los términos y plazos establecidos por ese Plan.)

- Para que la solicitud de beneficios se considere un reclamo, el formulario de reclamos debe completarse en su totalidad y adjuntarse la prueba escrita del mismo (por lo general, las facturas detalladas, pero a veces se puede requerir información o registros adicionales, consulte las páginas 126 a 129). El Administrador de Reclamos correspondiente no aceptará un estado de cuenta de saldo adeudado, recibos de caja registradora, fotocopias, cheques cancelados o recibos de tarjetas de crédito como prueba de reclamo. El Proveedor o Médico puede presentar el reclamo en nombre del participante. El formulario de reclamo y/o las facturas detalladas deben incluir toda la información requerida para que la solicitud se considere un reclamo y para que el Plan pueda decidir el reclamo.
- Se considera que se ha presentado un Reclamo posterior al servicio una vez que el Administrador de Reclamos correspondiente la recibe. El Administrador de Reclamos correspondiente notificará a los reclamantes de las decisiones sobre reclamos posteriores al servicio por escrito dentro de los **30 días** de recepción del reclamo. Si se rechaza el reclamo, el Plan enviará un aviso de rechazo inicial del reclamo de atención posterior al servicio que incluirá la **Información de denegación de reclamo**, tal como se explica en la sección Definiciones en este capítulo.

- El Administrador de Reclamos correspondiente puede extender el período para proporcionar al reclamante un aviso de la decisión sobre el reclamo una vez por hasta **15 días** si la extensión es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan. Si es necesaria una extensión, el Administrador de Reclamos correspondiente notificará a los reclamantes, por escrito, sobre la necesidad de extender el período inicial de **30 días** antes de la expiración del período inicial de **30 días**, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en la que se espera que se tome una decisión.
- Si se requiere una extensión porque el Plan necesita información adicional del participante, el Administrador de Reclamos correspondiente deberá solicitar información adicional al proveedor y/o reclamante por fax, teléfono, Explicación de Beneficios (EOB) o carta dentro de los **30 días** de la recepción del reclamo o dentro de los **45 días** si se toman una extensión de **15 días**. La solicitud de información adicional deberá especificar la información necesaria. El reclamante tiene **45 días** desde la recepción de la solicitud de información adicional para brindar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de ese tiempo, se denegará el reclamo. Durante el período de **45 días** en el que el participante puede proporcionar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha de la solicitud de información adicional hasta la primera de las siguientes: (i) **45 días** desde la recepción de la solicitud de información adicional; o (ii) la fecha en que el participante responde a la solicitud. El Administrador de Reclamos correspondiente notificará, por escrito, al reclamante y, si se solicita, al Médico del reclamante u otro proveedor sobre una decisión dentro de los **15 días** después de recibir cualquier información adicional.
- **Prueba de condición de dependiente:** (Consulte también el capítulo Elegibilidad de este documento para obtener información sobre la Prueba de condición de dependiente.)
 - 1) Cuando procese reclamos presentados en nombre de un **Hijo dependiente recién nacido**, el Administrador de Reclamos correspondiente debe recibir la confirmación de la elegibilidad del niño para la cobertura (*por ejemplo*, copia del acta de nacimiento certificada del recién nacido).
 - 2) Cuando procese reclamos presentados en nombre de un **Hijo dependiente de 26 años o más**, el Administrador de Reclamos correspondiente debe recibir la confirmación de la elegibilidad del niño (*por ejemplo*, verificación de hijo adulto discapacitado).
 - 3) Si los reclamos se presentan en nombre de un **hijo dependiente para el que el Plan todavía no ha recibido prueba de la condición de dependiente**, el Administrador de Reclamos correspondiente debe recibir la prueba de elegibilidad, o la confirmación del Administrador del Plan de la elegibilidad del niño para la cobertura, antes de que se pueda considerar el pago del reclamo.
- Al procesar **reclamos relacionados con un accidente**, el Administrador de Reclamos correspondientes necesitará información sobre los detalles del accidente para considerar el pago del reclamo.

¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo posterior al servicio?

Si no está de acuerdo con la denegación de su reclamo posterior al servicio, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión de la apelación posterior al servicio. Tiene 180 días calendario después de recibir una denegación inicial para solicitar una revisión de la apelación. El Plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días calendario.

1. Este Plan mantiene un proceso de apelaciones de 2 niveles para reclamos médicos posteriores al servicio. Las apelaciones deben presentarse por escrito al Administrador de Reclamos correspondiente para el primer nivel de revisión de la apelación y a la Junta de Fideicomisarios para la revisión de la apelación de segundo nivel, y la información de contacto de ambos se encuentra en la Tabla de referencia rápida de este documento. Se le proporcionará **Información y procedimiento de apelación individual** tal como se define en la sección Definiciones de este capítulo.
2. Según el proceso de apelación de 2 niveles de este Plan para reclamos médicos, el Plan envía el primer nivel de revisión al Administrador de Reclamos correspondiente, quien tomará la determinación de primer nivel sobre la apelación posterior al servicio a más tardar **30 días naturales** desde la recepción de la apelación.
 - (a) **No se permite ninguna extensión** en el primer nivel del proceso de revisión de apelaciones.
 - (b) Se le enviará un aviso por escrito (o electrónico, según corresponda) de la determinación de la apelación, como se explica a continuación.

- (c) Si todavía no está satisfecho con la determinación del nivel de apelación inicial, tendrá 180 días calendario en virtud de este Plan a partir de la recepción de la determinación de revisión de primer nivel para solicitar una revisión de apelación de segundo nivel al escribir a la Junta de Fideicomisarios cuya información de contacto figura en la Tabla de referencia rápida en este documento.
3. La Junta de Fideicomisarios luego tomará una determinación de segundo nivel de acuerdo con los siguientes plazos:
- (a) **Si se presenta una apelación ante el plan más de 30 días antes de la próxima reunión de la Junta**, la revisión se llevará a cabo en la próxima fecha de reunión de la Junta.
 - (b) **Si se presenta una apelación ante el plan dentro de los 30 días de la próxima reunión de la Junta**, la revisión de la Junta se llevará a cabo a más tardar en la segunda reunión posterior a la recepción de la apelación.
 - (c) Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión adicional del tiempo, la revisión de la Junta se llevará a cabo en la tercera reunión después de recibir la apelación. Si dicha extensión es necesaria, el Plan le proporcionará un Aviso de Extensión que describa las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la determinación del beneficio.
 - (d) Una vez que la Junta tome su decisión sobre la apelación, se le notificará la determinación de beneficios en la apelación a más tardar 5 días calendario después de que se tome la determinación de beneficios.
4. Usted tiene derecho a revisar los documentos relevantes para el reclamo y a enviar sus propios comentarios por escrito. Estos materiales se tendrán en cuenta durante la revisión de la denegación por parte del Plan. Su reclamo lo revisará una persona que no sea la persona que originalmente negó el reclamo y que no esté subordinada a la persona que originalmente negó el reclamo.
5. Si el reclamo se denegó debido a necesidad médica, tratamiento experimental o exclusión o límite similar, el Plan consultará con un profesional de la salud (conocido como Organización de revisión médica) que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico y que no haya sido consultado en la denegación original, ni el subordinado de ninguno de esos individuos. El Plan contrata a tres Organizaciones de revisión médica a quienes pueda acudir para realizar consultas sobre una apelación.
6. Recibirá un aviso de la determinación de la apelación. Si esa determinación es adversa, incluirá (en cada nivel de la revisión de la apelación), **Información sobre apelaciones adversas** tal como se explica en la sección Definiciones de este capítulo.
7. Esto concluye el proceso de apelación posterior al servicio bajo este Plan. Este Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario adicional. Sin embargo, consulte la “Revisión externa de reclamos” que se describe a continuación en esta página 138.

Reclamos por discapacidad

Presentación de un reclamo por discapacidad inicial

Un reclamo por discapacidad es cualquier reclamo en el que se decide si usted es elegible para el beneficio que el Plan debe determinar primero si está “discapacitado”. Los siguientes tipos de reclamos por “beneficios por discapacidad” están sujetos a estos procedimientos de reclamos por discapacidad:

- Extensión de la cobertura para empleados discapacitados o dependientes por hasta doce meses cuando finaliza una cobertura pagada por el empleador;
- Extensión de cobertura para un hijo dependiente discapacitado de 26 años o más.

Para solicitar un beneficio por discapacidad, debe obtener un formulario de reclamo por discapacidad de la Oficina administrativa, completar la parte del formulario para el paciente y luego entregar el formulario a su médico para que complete la sección del proveedor de atención médica. Devuelva el formulario de reclamo por discapacidad completo a la Oficina administrativa cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia rápida de este documento.

Para la Extensión de beneficios por discapacidad, el Plan requiere evidencia cuando se presenta el primer reclamo, y el primer reclamo debe presentarse dentro de un año de la fecha del servicio. Los hijos dependientes

discapacitados no calificarán si no se presenta evidencia satisfactoria al Plan del inicio de la condición de discapacidad antes de cumplir 26 años.

La Oficina administrativa determinará su reclamo de beneficios por discapacidad a más tardar 45 días calendario después de recibirlo. Este período de 45 días puede extenderse hasta por 30 días calendario siempre y cuando la Oficina administrativa determine que es necesaria una extensión debido a asuntos que escapan a su control y que le notifique por escrito antes del vencimiento del período inicial de 45 días que se necesita tiempo adicional necesario para tramitar el reclamo, las circunstancias especiales de esta extensión y la fecha en la que espera dar su determinación.

Si, antes del final de esta primera extensión de 30 días, la Oficina administrativa determina que, debido a asuntos fuera de su control, no se puede tomar una decisión dentro del primer período de extensión de 30 días, el período de determinación puede extenderse hasta por 30 días calendario adicionales siempre y cuando se le notifique antes del vencimiento del primer período de extensión de 30 días de las circunstancias que requieren la segunda extensión y la fecha en que se espera que se tome una decisión.

Un Aviso de extensión explicará los estándares en los que se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que impiden una decisión y la información adicional necesaria para resolver esos problemas.

También se le notificará si no siguió el proceso de reclamo por discapacidad o si necesita enviar información o registros adicionales para probar un reclamo por discapacidad, y tendrá 45 días calendario a partir de la fecha de este aviso para proporcionar esta información adicional, y durante este tiempo se suspenderá el período de 45 días para que la Oficina administrativa determine su reclamo de beneficios por discapacidad.

El Plan le proporcionará, sin cargo, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, basada o generada por el Plan (o bajo la dirección del Plan) en relación con el reclamo. Dicha evidencia se proporcionará tan pronto como sea posible (y con suficiente anticipación a la fecha en la que se requiere que se proporcione el aviso de Determinación adversa de beneficios en revisión) para brindarle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha. Además, antes de que el Plan emita una determinación adversa de beneficios en revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará, sin cargo, la justificación. La justificación se proporcionará lo antes posible (y con suficiente anticipación a la fecha en la que se requiere que se proporcione el aviso de Determinación adversa de beneficios en revisión) para brindarle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Si se aprueba el reclamo de beneficios por discapacidad, se le notificará por escrito (o electrónicamente, según corresponda) y empezarán los pagos de beneficios.

Si el reclamo de beneficios por discapacidad se rechaza en su totalidad o en parte, se le proporcionará por escrito la Información sobre la denegación del reclamo por discapacidad.

¿Qué puede hacer si se rechaza su reclamo por discapacidad?

Si no está de acuerdo con la denegación de un reclamo por discapacidad, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión de la apelación tal como se describe a continuación. Tiene 180 días calendario después de recibir una denegación inicial para solicitar una revisión de la apelación. El Plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días calendario.

1. Las apelaciones deben presentarse por escrito a la Junta de Fideicomisarios para la revisión de la apelación. Se le proporcionará **Información y procedimiento de apelación individual** tal como se define en la sección Definiciones de este capítulo.
2. La Junta de Fideicomisarios luego tomará una determinación de apelación de acuerdo con los siguientes plazos:
 - (a) **Si se presenta una apelación ante el plan más de 30 días antes de la próxima reunión de la Junta**, la revisión se llevará a cabo en la próxima fecha de reunión de la Junta.
 - (b) **Si se presenta una apelación ante el plan dentro de los 30 días de la próxima reunión de la Junta**, la revisión de la Junta se llevará a cabo a más tardar en la segunda reunión posterior a la recepción de la apelación.

- (c) Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión adicional del tiempo, la revisión de la Junta se llevará a cabo en la tercera reunión después de recibir la apelación. Si dicha extensión es necesaria, el Plan le proporcionará un Aviso de Extensión que describa las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la determinación del beneficio.
 - (d) Una vez que la Junta tome su decisión sobre la apelación, se le notificará la determinación de beneficios en la apelación a más tardar 5 días calendario después de que se tome la determinación de beneficios.
3. El Plan puede obtener una extensión de 45 días si se le notifica la necesidad y el motivo de una extensión antes de que expire el período inicial para tomar una decisión sobre la apelación (según la fecha de la reunión de la Junta).
 4. Usted tiene derecho a revisar los documentos relevantes para el reclamo y a enviar sus propios comentarios por escrito. Estos materiales se tendrán en cuenta durante la revisión de la denegación por parte del Plan. Su reclamo será revisado por una persona que no sea la persona que originalmente negó el reclamo y que no esté subordinada a la persona que originalmente negó el reclamo.
 5. Recibirá un aviso de la determinación de la apelación. Si esa determinación es adversa, incluirá (en cada nivel de la revisión de la apelación), la **Información sobre apelaciones adversas por discapacidad** tal como se explica en la sección Definiciones de este capítulo.

Esto concluye el proceso de apelación de reclamos por discapacidad bajo este Plan. Este Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario adicional.

Derecho a la cobertura continua

Si inicia una apelación interna de conformidad con el proceso de apelaciones internas descrito en este capítulo y si la apelación se refiere a un curso continuo de tratamientos previamente aprobado que se proporcionará durante un período de tiempo o una cantidad de tratamientos, el Plan seguirá brindando dicha cobertura en espera del resultado de la apelación interna.

Revisión externa de reclamos

La revisión externa solo es aplicable en determinados casos. Si su apelación de atención de urgencia, beneficios médicos previos al servicio o posteriores al servicio se denegó sobre la base de un juicio médico o si su cobertura se rescindió (terminó de manera retroactiva) por motivos distintos al no pago de contribuciones, puede solicitar una revisión adicional por parte de una Organización de revisión independiente (IRO) tal como se establece a continuación.

La revisión externa no está disponible para cualquier otro tipo de denegación, incluso si su reclamo se denegó porque no cumplió con los requisitos de elegibilidad del Plan.

No hay ningún costo para usted por solicitar una revisión externa. El Plan asume la responsabilidad de las tarifas asociadas con las revisiones externas descritas en este documento.

Por lo general, solo puede solicitar una revisión externa después de haber agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones descrito anteriormente. Esto significa que, por lo general, solo puede solicitar una revisión externa después una vez que se haya tomado una determinación final en la apelación.

Su solicitud de revisión externa debe realizarse a los siguientes **Designados del plan** adecuados:

- La Oficina administrativa con respecto a un reclamo de Beneficio médico denegado, incluyendo los servicios quiroprácticos o un reclamo de medicamentos recetados al por menor denegado, (pero no involucra los gastos de tratamiento por abuso de sustancias);
- El TARP con respecto a un reclamo denegado que involucra gastos de tratamiento por abuso de sustancias;
- La Empresa de Gestión de Uso, con respecto a una determinación previa al servicio o de revisión concurrente denegada que no involucre gastos de medicamentos recetados o gastos de tratamiento por abuso de sustancias;

La información de contacto de la Oficina administrativa, el TARP y el Programa de Gestión de Uso para la revisión de autorizaciones previas se identifica en la Tabla de referencia rápida en la página 3.

Hay dos tipos de reclamos externos que se describen a continuación: Reclamos estándares (no urgentes) y reclamos acelerados (urgentes).

Revisión externa de reclamos estándares (no urgentes)

Su solicitud de revisión externa de un reclamo estándar (no urgente) debe realizarse, por escrito, **dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la fecha en que reciba la notificación** de una determinación de beneficio de reclamo inicial o, cuando corresponda, una determinación adversa de beneficios en apelación de que su apelación ha sido denegada. Por conveniencia, estas Determinaciones se denominan más adelante una “Determinación adversa”, a menos que sea necesario abordarlas por separado.

Revisión preliminar de reclamos estándares.

Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción por parte del designado del Plan correspondiente de su solicitud de revisión externa de un reclamo estándar, el designado del Plan correspondiente completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

- 1) Usted está/estaba cubierto por el Plan al momento en que se solicita/solicitó el artículo o servicio de atención médica o, en el caso de una revisión retrospectiva, estaba cubierto por el Plan al momento en que se proporcionó el artículo o servicio de atención médica;
- 2) El motivo de la denegación satisface los requisitos de revisión externa y no es, por ejemplo, su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad o si se basa en una determinación contractual o legal,;
- 3) Ha agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan (excepto en circunstancias excepcionales limitadas que no es necesario que lo haga); y
- 4) Ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa.

Dentro de un (1) día hábil después de completar su revisión preliminar, el Plan le notificará por escrito si su solicitud cumple con los requisitos mínimos para la revisión externa. Si es necesario, esta notificación le informará si su solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, en cuyo caso la notificación incluirá las razones de su inelegibilidad y la información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, o si se necesita información o materiales adicionales necesarios para completar la solicitud. Si se necesita información adicional, puede perfeccionar la solicitud de revisión externa dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la notificación o dentro del período de presentación de cuatro (4) meses, lo que ocurra más tarde.

Revisión de reclamos estándares por parte de una Organización de revisión independiente (IRO).

Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa, el Plan asignará la solicitud a una IRO. Una vez que el reclamo se asigna a una IRO, se aplicará el siguiente procedimiento:

- 1) La IRO asignada le notificará la elegibilidad de su solicitud y su aceptación del reclamo para revisión externa. El aviso explicará cómo puede enviar información adicional con respecto a su reclamo (por lo general, debe enviar dicha información dentro de los diez (10) días hábiles).
- 2) Dentro de los cinco (5) días hábiles, el Plan proporcionará a la IRO los documentos y la información que el Plan consideró al tomar su determinación.
- 3) Si envía información adicional relacionada con su reclamo, la IRO asignada debe enviar esa información al Plan dentro de un (1) día hábil. Al recibir dicha información, el Plan puede reconsiderar su determinación adversa que es el tema de la revisión externa. La reconsideración por parte del Plan no retrasará la revisión externa. Sin embargo, si luego de la reconsideración, el Plan revierte su Determinación adversa, el Plan proporcionará una notificación por escrito de la revocación a usted y a la IRO dentro de un (1) día hábil después de tomar esa decisión. Al recibir dicha notificación, la IRO dará por terminada su revisión externa.
- 4) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos de forma oportuna. Para tomar una decisión, la IRO revisará el reclamo como si fuera nuevo y no estará sujeta a ninguna decisión o conclusión a la que se

llegue durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan. Sin embargo, la IRO debe observar los términos del Plan para asegurarse de que su decisión no sea contraria a los términos del Plan, a menos que los términos del Plan sean incompatibles con la ley aplicable. La IRO también debe cumplir con los requisitos de beneficios del Plan, incluyendo los estándares para los criterios de revisión clínica, la necesidad médica, la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la eficacia de un beneficio cubierto.

Además de los documentos y la información proporcionada, la IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, puede considerar información adicional, incluyendo la información de sus registros médicos, recomendaciones u otra información de los proveedores de atención médica que lo tratan, otra información de usted o del Plan, informes de los profesionales de la salud apropiados, pautas de práctica apropiadas y estándares basados en evidencia aplicables, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO.

- 5) La IRO asignada le proporcionará un aviso por escrito de su decisión final de revisión externa a usted y al Plan o al designado apropiado del Plan dentro de los 45 días posteriores a que la IRO reciba la solicitud de revisión externa.
- 6) El aviso de decisión de la IRO asignada contendrá:
 - Una descripción general de los motivos de la solicitud de revisión externa, incluyendo información suficiente para identificar el reclamo (como las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, el monto del reclamo (si corresponde), el código de diagnóstico y el código de tratamiento y significado correspondiente y motivo de la negación anterior);
 - La fecha en que la IRO recibió la solicitud de revisión externa y la fecha de su decisión;
 - Referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar su decisión, incluyendo disposiciones de cobertura específicas y estándares basados en evidencia;
 - Una conversación sobre la(s) razón(es) principal(es) de la decisión de la IRO, incluyendo la justificación de su decisión y cualquier estándar basado en evidencia en el que se basó para tomar la decisión;
 - Una declaración de que la determinación es vinculante (excepto en la medida en que usted o el Plan dispongan de otros recursos según la ley estatal o federal aplicable);
 - Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para usted; y
 - Información de contacto actual, incluyendo el número de teléfono, de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o del defensor del pueblo establecida en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio para ayudar con los procesos de revisión externa.

Revisión externa acelerada (atención de urgencia)

Puede solicitar una revisión externa acelerada si recibe una decisión adversa sobre un reclamo, o sobre una apelación, que involucre una condición médica para la cual el plazo para completar una apelación interna o para completar una revisión externa estándar, lo que corresponda, pondría en grave peligro su vida o su salud, o pondría en peligro su capacidad para recuperar su función máxima. También puede solicitar una revisión externa acelerada si recibe una decisión de apelación adversa que se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o artículo o servicio de atención médica por el cual recibió Servicios de emergencia, pero todavía no ha sido dado de alta de una instalación.

Revisión preliminar para un reclamo acelerado.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud a fin de determinar si se cumplen los requisitos para la revisión preliminar (tal como se describe más arriba en la sección Reclamos estándares no urgentes). El Plan le notificará lo antes posible si su solicitud de revisión cumple con los requisitos de revisión preliminar.

Revisión de reclamos acelerados por parte de una organización de revisión independiente (IRO).

Si su solicitud cumple con los estándares aplicables, el Plan asignará una IRO. El Plan proporcionará o transmitirá rápidamente todos los documentos e información necesarios que consideró al tomar su determinación adversa a la IRO asignada.

La IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, debe considerar la información o los documentos proporcionados. A fin de tomar una decisión, la IRO asignada debe revisar el reclamo como si fuera nuevo y no está sujeta a ninguna decisión o conclusión a la que se llegue durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan. Sin embargo, la IRO debe asegurarse de que su decisión no sea contraria a los términos del Plan, a menos que los términos del Plan sean incompatibles con la ley aplicable.

La IRO también debe cumplir con los requisitos del Plan para los beneficios, incluyendo los estándares del Plan para los criterios de revisión clínica, la necesidad médica, la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad de un beneficio cubierto.

La IRO notificará su decisión final de revisión externa acelerada, de acuerdo con los requisitos establecidos anteriormente para Reclamos no urgentes, tan rápidamente como lo requieran su condición médica o circunstancias, pero en ningún caso más de setenta y dos (72) horas después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa acelerada. Si la notificación de la decisión de la IRO no está por escrito, la IRO debe proporcionarle a usted y al Plan una confirmación por escrito de la decisión dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la fecha de entrega de esa notificación.

Después de la revisión externa

Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, el Plan proporcionará cobertura o el pago del reclamo revisado al recibir la decisión de la IRO.

Si la revisión externa final confirma la determinación adversa del Plan y usted no está satisfecho con la determinación de la revisión externa, puede solicitar una revisión judicial según lo permitido por la Sección 502(a) de ERISA. Una demanda civil que impugne una determinación final de revisión externa debe iniciarse dentro de un (1) año a partir de la fecha en que la IRO ratifica la determinación adversa del Plan.

Limitación sobre el plazo de presentación de una demanda

Usted o cualquier otro reclamante no puede demandar a los Fideicomisarios, al Plan o al JBT ni emprender ninguna otra acción legal para obtener los beneficios del Plan, incluyendo los procedimientos ante tribunales o agencias administrativas, **hasta que se hayan agotado todos los procedimientos administrativos** (incluyendo los procedimientos de revisión de los reclamos de este Plan descritos en este documento) **para cada asunto que el reclamante considere pertinente**, o hasta que hayan transcurrido 90 días desde que presentó una solicitud de revisión de apelación si no ha recibido una decisión final o una notificación de que se necesitará un tiempo adicional para llegar a una decisión final.

Un proveedor/centro de atención médica fuera de la red no es un reclamante que tenga derecho a demandar o emprender otra acción legal para obtener los beneficios del Plan.

La ley le permite buscar sus recursos bajo la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados sin agotar estos procedimientos de apelación si el Plan no los ha cumplido de forma correcta. Si recibe una determinación adversa de beneficios, puede solicitar la revisión del reclamo por parte de la IRO o presentar una demanda en un tribunal federal. Tiene un año a partir de la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios para presentar dicha demanda. Una demanda que presente después de este período de un año prescribirá. Toda demanda de este tipo debe presentarse en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para los distritos del este o norte de California.

Si buscó la revisión de la denegación de su reclamo por parte de la IRO (tal como se describe en las páginas 138) y no está de acuerdo con la decisión de la IRO, tiene un año a partir de la fecha de recepción de la determinación de la IRO para presentar una demanda en un tribunal federal. Una demanda que presente después de este período de un año prescribirá. Toda demanda de este tipo debe presentarse en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para los distritos del este o norte de California.

Autoridad discrecional de los administradores y designados del plan

Al llevar a cabo sus respectivas responsabilidades bajo el Plan, la Junta de Fideicomisarios o su delegado, otros fiduciarios del Plan y las aseguradoras o administradores de cada Programa del Plan han sido delegados y tienen autoridad discrecional para interpretar los términos del Plan, incluyendo, entre otros, la autoridad discrecional para resolver ambigüedades o inconsistencias en el Plan y para determinar hasta qué punto una persona es elegible y tiene derecho a los beneficios del Plan.

Facilidad de pago

Si el Administrador del Plan o su designado determina que usted no puede presentar un reclamo o probar que usted o su Dependiente cubierto pagaron alguno o todos los cargos por servicios de atención médica que están cubiertos por el Plan porque es incompetente, incapacitado o está en coma, el Plan puede, a su discreción, pagar los beneficios del Plan directamente al Proveedor(es) de atención médica que proporcionó los servicios o suministros de atención médica, o a cualquier otra persona que le brinde atención y apoyo. Cualquiera de dichos pagos de los beneficios del Plan eliminará por completo las obligaciones del Plan en la medida de ese pago. Ni el Plan, el Administrador del Plan, el Administrador de Reclamos ni ninguna otra persona designada por el Administrador del Plan están obligados a supervisar la aplicación del dinero así pagado.

Cesión

Los beneficios pagaderos en virtud del presente no estarán sujetos de ninguna manera a anticipación, enajenación, venta, transferencia, cesión, prenda, gravamen o cargo por parte de ninguna persona; sin embargo, todo participante puede ordenar que los beneficios que se le adeuden se paguen a un proveedor de atención médica en contraprestación por los servicios hospitalarios, médicos, dentales o de atención oftalmológica prestados o por prestar. (Nota: Un Participante no puede ceder ningún derecho disponible bajo la ley aplicable, incluyendo, entre otras, ERISA, como el derecho a presentar una demanda bajo ERISA o el derecho a solicitar documentos bajo ERISA Sección 104(b)(4)).

CAPÍTULO 14: DISPOSICIONES GENERALES E INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA

SUS DERECHOS SEGÚN ERISA.....	144
LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996	145
ASISTENCIA CON EL IDIOMA ESPAÑOL	145
INFORMACIÓN DEL PLAN	145
Nombre del plan	145
Nombre y dirección del patrocinador del Plan/administrador del Plan que mantiene el Plan	145
Junta de Fideicomisarios del JBT	145
Tipo de plan.....	145
Negociación colectiva.....	146
Números de plan	146
Año del plan.....	146
Financiamiento del plan	146
Enmienda	146
Terminación.....	146
Controles de acuerdo de negociación colectiva y acuerdos de fideicomiso.....	147
Responsabilidades de la administración	147
Desempeño de deberes y responsabilidades	147
Pago de gastos de viaje	147
Administración y financiamiento de los beneficios del plan	148
Agente de servicio de proceso legal	148
Junta de Fideicomisarios.....	149
Empleadores participantes.....	149
PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA	149
Aviso de privacidad de la HIPAA	149
Aviso de seguridad de la HIPAA	151

Sus derechos según ERISA

Como participante del Plan de Fideicomiso de Beneficios Conjuntos, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). La ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y sus beneficios

Examinar, sin cargo, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y pasillos sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo los contratos de seguro y los convenios colectivos, y una copia del informe anual más reciente (Formulario 5500 Series) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad para Empleados (anteriormente conocida como Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar).

Obtener, previa solicitud por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluyendo los contratos de seguro y los convenios colectivos, y copias del informe anual más reciente (Formulario 5500 Series) y una descripción resumida actualizada del plan. El administrador puede cobrar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

Continuar la cobertura del plan de salud grupal

Continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si se pierde la cobertura del plan como resultado de un Evento calificativo. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar dicha cobertura. Revise esta descripción resumida del plan y los documentos que rigen el plan sobre las reglas que rigen sus derechos de Continuación de Cobertura de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, la ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, llamadas “fiduciarios” del plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de otros participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluyendo su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna otra manera para evitar que obtenga un beneficio de asistencia social o ejerza sus derechos según la ERISA.

Hacer cumplir sus derechos

Si su reclamo de un beneficio de asistencia social es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo y a apelar cualquier denegación, todo dentro de determinados plazos.

Según la ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el informe anual más reciente del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el administrador del plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal (sin embargo, dicha demanda se considerará inoportuna según el Plan, a menos que la presente dentro de un año a partir de la fecha en que recibió la determinación final adversa de beneficios o la denegación de revisión externa). Consulte el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones para conocer el requisito de apelar un reclamo denegado y agotar el proceso de apelación del Plan **antes** de presentar una demanda. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de ella con respecto al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden médica de manutención infantil, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios del plan hacen un mal uso del dinero del Plan, o si lo discriminan por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona a la que ha demandado pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo es frívolo.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos según la ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., que aparece en su directorio telefónico o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue, N. W., Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ERISA al llamar a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al número gratuito: 1.866 444.EBSA (3272).

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996

Los planes grupales y los emisores de seguros de salud por lo general no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el Hospital en relación con el parto de la madre o del recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Asistencia con el idioma español

Este documento contiene una breve descripción sobre los derechos de los participantes del plan, en inglés. Si es difícil comprender cualquier parte de este documento, póngase en contacto con la Oficina administrativa a la dirección y teléfono en la Lista de números de teléfono importantes de este documento.

Información del plan

Nombre del plan

El nombre completo de este Plan es Plan de salud y bienestar del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos para Beneficios Médicos Temporales.

Nombre y dirección del patrocinador del Plan/administrador del Plan que mantiene el Plan

El Plan lo administra y mantiene la Junta de Fideicomisarios del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos (JBT) en la siguiente dirección:

Junta de Fideicomisarios del JBT

Health Services & Benefit Administrators
4160 Dublin Boulevard, Suite 400
Dublin, CA 94568-7756

Los participantes pueden obtener una lista completa de los empleadores que patrocinan el Plan mediante una solicitud por escrito al Administrador del Plan, y está disponible para que los participantes del Plan la evalúen.

Los participantes pueden recibir del Administrador del Plan, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador en particular es un patrocinador del Plan y la dirección del Patrocinador, si el empleador es un patrocinador del Plan.

Tipo de plan

Este es un Plan de bienestar que brinda beneficios de salud grupales, incluyendo beneficios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, de medicamentos recetados, salud mental y tratamiento por abuso de sustancias, beneficios dentales y beneficios de la vista.

Negociación colectiva

Este Plan se mantiene de conformidad con el acuerdo laboral entre California Processors, Inc. y Teamsters California State Council of Cannery and Food Processing Unions y otros acuerdos de negociación colectiva que estipulan contribuciones bajo el Plan. Las copias de dicho Acuerdo están disponibles para su evaluación durante el horario laboral normal por parte de los participantes del Plan y los Beneficiarios en la Oficina administrativa. Se proporcionarán copias a los participantes y beneficiarios del Plan mediante solicitud por escrito a la Oficina administrativa.

Números de plan

Número de identificación del empleador de JBT: 94-6284253

Número de identificación del plan: 501

Año del plan

El año del Plan empieza el 1 de mayo y finaliza el 30 de abril.

Financiamiento del plan

El Plan se financia con contribuciones mensuales de los Empleadores participantes, pagadas en nombre de los empleados elegibles y sus hijos dependientes elegibles. Los participantes y beneficiarios pueden obtener una lista completa de las organizaciones de empleadores y empleados que patrocinan el Plan, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, y está disponible para que los participantes y beneficiarios la evalúen.

Los activos del Plan se mantienen en fideicomiso y los beneficios se financian a través del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos.

La elegibilidad para los beneficios del Plan depende de la recepción continua de las contribuciones del empleador en su nombre. Si su empleador deja de hacer contribuciones al JBT, perderá su elegibilidad para los beneficios. Además, la obligación del JBT de proporcionar beneficios está limitada en la medida en que los Acuerdos de Negociación brinden el financiamiento suficiente del JBT para proporcionar beneficios.

El beneficio médico autofinanciado del JBT incluye cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, tratamiento quiropráctico y tratamiento por abuso de sustancias (alcoholismo y dependencia de sustancias químicas). El Beneficio Dental y el Beneficio de la Vista también los **autofinancia** el JBT. Estos beneficios no están asegurados por ningún contrato de seguro y los Fideicomisarios o cualquier otra persona o entidad no tienen la responsabilidad de proporcionar el pago más allá de los montos en el Fideicomiso de Beneficios Conjuntos recaudados y disponibles para tal fin.

Enmienda

El Plan se estableció y se mantiene mediante negociación colectiva. Los Fideicomisarios anticipan que el Plan seguirá mientras los Acuerdos de Negociación Colectiva así lo dispongan o hasta que las partes negociadoras elijan discontinuar el Plan. Los Fideicomisarios se reservan el derecho, en la medida en que no esté expresamente reservado para las partes negociadoras, de cambiar o modificar el Plan en cualquier momento y por cualquier motivo sin la aprobación específica de ninguna persona. Dicha modificación al Plan se promulgará mediante una resolución formalmente aprobada en una reunión de Fideicomisarios regularmente constituida que se lleve a cabo de acuerdo con el proceso establecido por los Fideicomisarios. Un cambio o modificación del Plan no afectará un reclamo incurrido por un participante antes de que se adopte dicho cambio o modificación.

Terminación

Este Plan, excepto tal como se modifica a continuación, continuará en pleno vigor y efecto mientras dure el Acuerdo de Negociación Colectiva y cualquier enmienda, extensión o renovación del mismo mediante el cual se requiere que un Empleador participante realice pagos al JBT para el propósito aquí establecido. Si los Empleadores participantes y el Sindicato no amplían de forma voluntaria el Acuerdo y el Plan de Fideicomiso, los Fideicomisarios aplicarán y desembolsarán el JBT.

Controles de acuerdo de negociación colectiva y acuerdos de fideicomiso

Los beneficios de este Plan están sujetos y controlados por las disposiciones del Acuerdo de Negociación Colectiva de Cannery Council/CPI y el Acuerdo de Fideicomiso del JBT, y en caso de conflicto entre las disposiciones de este Plan y las disposiciones del Acuerdo de Fideicomiso, prevalecerán las disposiciones del Acuerdo de Fideicomiso. En caso de cualquier conflicto entre este Plan y el Acuerdo de Negociación Colectiva, prevalecerá el Acuerdo de Negociación Colectiva de Cannery Council/CPI.

Responsabilidades de la administración

Los Fideicomisarios serán los fiduciarios designados con la autoridad discrecional absoluta para controlar y administrar el funcionamiento y la administración del Plan y para interpretar todas las disposiciones del Plan, incluyendo la autoridad discrecional para determinar la elegibilidad para los beneficios. Se considerará que estos fiduciarios han ejercido de forma adecuada su autoridad, a menos que hayan abusado de su discreción al actuar de manera arbitraria o caprichosa. Los Fideicomisarios establecerán las reglas, interpretaciones y cálculos y tomarán otras acciones para administrar el Plan que los Fideicomisarios consideren apropiadas. Las reglas, interpretaciones, cálculos y acciones de los Fideicomisarios serán vinculantes y concluyentes para todas las personas. Al administrar el Plan, los Fideicomisarios cumplirán en todo momento con sus deberes con respecto al Plan de acuerdo con los estándares establecidos en la sección 404(a)(1) de ERISA.

Desempeño de deberes y responsabilidades

Los Fideicomisarios pueden contratar a dichos abogados, actuarios, contadores, consultores u otras personas para que brinden asesoramiento o presten servicios con respecto a cualquiera de sus responsabilidades en virtud del Plan, según se determine necesario o apropiado. Los Fideicomisarios podrán designar mediante instrumento escrito (firmado por ambas partes) uno o más actuarios, contadores, organizaciones de servicios administrativos o consultores como fiduciarios para llevar a cabo, en su caso, las responsabilidades fiduciarias de los Fiduciarios. Los Fideicomisarios pueden confiar en las acciones de una organización de servicios administrativos o en la opinión escrita o el consejo de un abogado o de cualquier actuario prudentemente contratado por los Fideicomisarios.

Pago de gastos de viaje

Los gastos de administración del Plan, incluidos (1) los honorarios y gastos de la Oficina administrativa, (2) los gastos incurridos por los Fideicomisarios en el desempeño de las funciones del Plan (incluyendo una compensación razonable para asesores legales, contadores públicos certificados, actuarios, consultores y agentes, y el costo de otros servicios prestados con respecto al Plan), y (3) todos los demás cargos y desembolsos correspondientes por parte de los Fideicomisarios (incluyendo los acuerdos de reclamos o acciones legales aprobados por los asesores del Plan) se pagarán con los activos generales del JBT. Al estimar los costos bajo el Plan, se pueden anticipar los costos administrativos.

Administración y financiamiento de los beneficios del plan

Este Plan lo administra la Junta de Fideicomisarios del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos, que contrata en virtud de un acuerdo de servicios administrativos únicamente para la administración de beneficios médicos (incluyendo el tratamiento médico, quirúrgico, hospitalario, quiropráctico, tratamiento por alcoholismo y dependencia química, beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios) y Beneficios dentales con:

Health Services & Benefit Administrators (HS&BA)

4160 Dublin Boulevard, Suite 400

Dublin, CA 94568-7756

1-925-833-7300 o 1-800-528-4357 (llamada gratuita en California)

La correspondencia puede dirigirse a:

Administrador del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos

a/c Health Services & Benefit Administrators

4160 Dublin Boulevard, Suite 400

Dublin, CA 94568-7756

Los beneficios médicos y dentales descritos anteriormente no están garantizados por un contrato o póliza de seguro. La apelación de reclamos se explica en los Procedimientos de reclamos y apelaciones (Capítulo 13) de este documento.

Los Beneficios de la vista se brindan bajo un acuerdo de servicios administrativos únicamente con:

Plan de servicios de la vista

P.O. Box 997100

Sacramento, California 95899-7001

Agente de servicio de proceso legal

El agente del Plan para el servicio de procesos legales es:

Amy Lambert

4160 Dublin Boulevard, Suite 400

Dublin, CA 94568-7756

Número de teléfono: (925) 833-7300

El proceso legal también se puede notificar a cualquier Fideicomisario del Plan.

Junta de Fideicomisarios

Fideicomisarios sindicales	Fideicomisarios del empleador
Ashley Alvarado Presidente Vicepresidente Teamsters Local 856 745 E. Miner Avenue Stockton, CA 95202	Stacey Cue Copresidente IDEA 2200 Powell Street, Suite 1000 Emeryville, CA 94608
Crescencio Diaz Presidente y Funcionario Principal Teamsters Local 890 207 North Sanborn Road Salinas, CA 93905	Miguel Mendoza Vicepresidente de Soporte de Distribución y Operaciones Stanislaus Food Products 1202 D Street Modesto, CA 95354
Luis Diaz Secretario-Tesorero Teamsters Local 948 2354 W Whitendale Ave Visalia, CA 93277	Adam Sroufe Director, Empleados y Relaciones Laborales Pacific Coast Producers 621 North Cluff Avenue P.O. Box 1600 Lodi, CA 95241
(Espacio libre)	JP Bradley Gerente de Relaciones Laborales ConAgra Brands Nine Conagra Dr. Omaha, NE 68102

Empleadores participantes

Los participantes y beneficiarios pueden obtener una lista completa de los Empleadores participantes que patrocinan el Plan mediante una solicitud por escrito a la Oficina administrativa. La lista también está disponible para que los participantes y beneficiarios la evalúen en la Oficina administrativa durante el horario laboral normal.

Privacidad de su información médica

Si tiene alguna pregunta sobre las políticas y los procedimientos de privacidad del Plan, llame a la Oficina administrativa o consulte el Aviso de prácticas de privacidad que le proporcionó el JBT. Si necesita otra copia del Aviso, llame a la Oficina administrativa al 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357).

Aviso de privacidad de la HIPAA

Fecha de vigencia. Esta Enmienda entra en vigencia a partir del 14 de abril de 2003.

Usos y divulgaciones de la PHI. El Plan puede divulgar la PHI de un Participante a la Junta de Fideicomisarios con el fin de realizar funciones de administración del Plan tal como se describe en 45 CFR 164.504(a), en la medida permitida por las regulaciones de la HIPAA. Dichas funciones de administración del Plan pueden incluir, entre otras, escuchar apelaciones de reclamos denegados, organizar servicios legales y manejar las actividades financieras del Plan. La Junta de Fideicomisarios no usará ni divulgará su PHI más allá de lo que se permita o requiera de acuerdo con este propósito declarado o según lo exija la ley aplicable. Excepto según lo permita la HIPAA, el Plan solo usará o divulgará su PHI con fines de marketing o venderá (intercambiará) su PHI a cambio de una remuneración (pago), con su autorización por escrito.

Restricción a la divulgación del Plan a la Junta de Fideicomisarios. Ni el Plan ni ninguno de sus socios comerciales, o emisores de seguros de salud, divulgarán PHI a la Junta de Fideicomisarios, excepto cuando el

Plan reciba la certificación de la Junta de que el documento del Plan ha sido enmendado para incorporar los acuerdos de la Junta según el párrafo 4, excepto que lo permita o exija la ley.

Acuerdos de privacidad de la Junta de Fideicomisarios. Como condición para obtener la PHI del Plan y otras aseguradoras que participan en el Acuerdo Organizado de Atención Médica, la Junta acuerda que hará lo siguiente:

- No usar ni divulgar más dicha PHI que no sea lo permitido por el párrafo 2 de esta Enmienda, según lo permitido por 45 CFR 164.508, 45 CFR 164.512 y otras secciones de las regulaciones de la HIPAA, o según lo requiera la ley;
- Asegurarse de que cualquiera de sus agentes, incluyendo un subcontratista, a quien proporcione la PHI, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican a la Junta con respecto a dicha información;
- No usar ni divulgar la PHI para acciones relacionadas con el empleo de una entidad que designe a un miembro de la Junta de Fideicomisarios, por ejemplo, sindicato, empleador o asociación de empleadores; o en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios patrocinado por la Junta o una entidad que designe a un miembro de la Junta de Fideicomisarios, por ejemplo, sindicato, empleador o asociación de empleadores;
- Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación de la PHI que sea incompatible con los usos o divulgaciones previstos de los que tenga conocimiento la Junta de Fideicomisarios;
- Hacer que la PHI de un Participante en particular esté disponible para propósitos de las solicitudes de inspección o copia del Participante, de acuerdo con la regulación 45 CFR 164.524 de la HIPAA. Por lo general, el Plan requerirá que firme un formulario de autorización válido para que el Plan use o divulgue su PHI, excepto cuando usted solicite su propia PHI, una agencia gubernamental la requiera o el Plan la use para tratamiento, pago u operaciones de atención médica u otra instancia en la que la HIPAA permita de forma explícita el uso o divulgación sin autorización;
- Hacer que la PHI de un Participante en particular esté disponible para propósitos de las solicitudes del Participante de enmendar la PHI e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con 45 CFR 164.526;
- Hacer que la PHI de un Participante en particular esté disponible para propósitos de contabilidad requerida de divulgaciones por parte del Plan de conformidad con la solicitud del Participante de dicha contabilidad de acuerdo con la regulación 45 CFR §164.528 de la HIPAA;
- Poner a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de la PHI recibida del Plan disponible con el propósito de determinar el cumplimiento por parte del Plan de las regulaciones de la HIPAA;
- Si es posible, devuelva o destruya toda la PHI que conserve en cualquier forma y no mantenga copias de dicha información cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se realizó la divulgación. Si dicha devolución o destrucción no es factible, la Junta limitará los usos y divulgaciones posteriores a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción de la información.
- Si ocurre una violación de su información médica protegida (PHI) no segura, el Plan se lo notificará.

Definiciones. Todos los términos en mayúscula dentro de esta Enmienda que no se definan de otra manera mediante las disposiciones de esta Enmienda tendrán el significado que se les da en el Plan o, si no se proporciona otro significado en el Plan, el término tendrá el significado que se proporciona en las regulaciones de la HIPAA.

Separación adecuada. La Junta de Fideicomisarios se asegurará de que haya una separación adecuada entre el Plan y la Junta de Fideicomisarios tal como lo requieren las regulaciones de la HIPAA en caso de que la Junta de Fideicomisarios retenga a empleados que lo ayudarán en el desempeño de las funciones de administración del Plan.

Varios.

- **Derechos.** Esta Enmienda no se interpretará para establecer requisitos u obligaciones más allá de los requeridos por las regulaciones de la HIPAA. Toda parte de esta Enmienda que parezca otorgar derechos adicionales no requeridos por las regulaciones de la HIPAA no será vinculante para la Junta.
- **Enmienda.** La Junta se reserva el derecho a enmendar o rescindir todas y cada una de las disposiciones establecidas en esta Enmienda en cualquier momento en la medida permitida por las regulaciones de la HIPAA.
- **Delegación.** La Junta puede delegar o asignar cualquier autoridad o responsabilidad con respecto a esta Enmienda. La Junta (o su delegado) tiene la discreción de interpretar los términos, disposiciones y requisitos de esta Enmienda. Todas las decisiones de la Junta (o su delegado) con respecto a esta Enmienda recibirán la máxima deferencia permitida por la ley.
- **Retención de documentos.** Si las regulaciones de la HIPAA requieren que una comunicación bajo esta enmienda sea por escrito, la Junta mantendrá tal escrito, o copia electrónica, como una documentación. Si las regulaciones de la HIPAA requieren que se documente una acción, actividad o designación, la Junta mantendrá un registro escrito o electrónico de dicha acción, actividad o designación. La Junta retendrá la documentación requerida durante seis (6) años a partir de la fecha de su creación o la fecha en que estuvo vigente por última vez, la que sea posterior.

Aviso de seguridad de la HIPAA

Fecha de vigencia. Esta Enmienda entra en vigencia a partir del 20 de abril de 2005.

Requisitos de la regla de seguridad de la HIPAA. La Junta de Fideicomisarios salvaguardará de manera razonable y adecuada la EPHI que cree, reciba, mantenga o transmita en nombre del Plan, que no sea EPHI que sea información de salud resumida divulgada de conformidad con 45 C.F.R. 164.505(f)(1)(ii), información de inscripción o desafiliación divulgada de conformidad con 45 CFR. 164.504(f)(1)(iii), o información divulgada de conformidad con una autorización bajo 45 C.F.R. 164.508. Al implementar tales salvaguardas, la Junta de Fideicomisarios debe hacer lo siguiente:

- **Salvaguardas.** La Junta de Fideicomisarios implementará salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y apropiada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la EPHI que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan.
- **Separación adecuada.** La Junta de Fideicomisarios se asegurará de que la separación adecuada entre el Plan y la Junta tal como lo requiere 45 C.F.R. 164.504(f)(2)(iii) de la Regla de seguridad de la HIPAA esté respaldada por medidas de seguridad razonables y apropiadas.
- **Agentes.** La Junta de Fideicomisarios se asegurará de que cualquier agente (incluyendo los subcontratistas) a los que proporcione la EPHI recibida del Plan acepte implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas.
- **Reporte.** La Junta de Fideicomisarios informará al Plan sobre cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento en relación con la PHI electrónica.

Definiciones. Todos los términos en mayúscula dentro de esta Enmienda que no estén definidos de otra manera por las disposiciones de esta Enmienda tendrán el significado que se les da en el Plan respectivo o, si no se proporciona otro significado en el Plan, el término tendrá el significado provisto por la HIPAA.

Varios.

- **Derechos.** Esta Enmienda no se interpretará para establecer requisitos u obligaciones más allá de los requeridos por las regulaciones de la HIPAA. Cualquier parte de esta Enmienda que parezca otorgar derechos adicionales no requeridos por las regulaciones de la HIPAA no será vinculante para la Junta de Fideicomisarios.
- **Enmienda.** La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho a enmendar o rescindir todas y cada una de las disposiciones establecidas en esta Enmienda en cualquier momento en la medida permitida por las regulaciones de la HIPAA.

- **Delegación.** La Junta de Fideicomisarios puede delegar o asignar cualquier autoridad o responsabilidad con respecto a esta Enmienda. La Junta de Fideicomisarios (o su delegado) tiene la discreción de interpretar los términos, disposiciones y requisitos de esta Enmienda. Todas las decisiones de la Junta de Fideicomisarios (o su delegado) con respecto a esta Enmienda recibirán la máxima deferencia permitida por la ley.
- **Retención de documentos.** Si las regulaciones de la HIPAA requieren que una comunicación bajo esta enmienda sea por escrito, la Junta de Fideicomisarios mantendrá tal escrito, o copia electrónica, como una documentación. Si las regulaciones de la HIPAA requieren que se documente una acción, actividad o designación, la Junta de Fideicomisarios mantendrá un registro escrito o electrónico de dicha acción, actividad o designación. La Junta de Fideicomisarios conservará la documentación requerida durante seis (6) años a partir de la fecha de su creación o la fecha en que estuvo vigente por última vez, la que sea posterior.
- **Construcción.** Los términos de esta Enmienda se interpretarán de acuerdo con los requisitos de la Regla de seguridad de la HIPAA y de acuerdo con cualquier guía aplicable sobre la Regla de seguridad de la HIPAA emitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

CAPÍTULO 15: DEFINICIONES

Las siguientes son definiciones de términos y palabras específicos utilizados en este documento o que serían útiles para comprender los servicios cubiertos o excluidos en el Beneficio médico autofinanciado y el Beneficio dental. Estas definiciones no extienden la cobertura del Plan ni deben interpretarse como tales. Determinadas definiciones relacionadas con la administración de reclamos y las apelaciones de reclamos se encuentran en el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones de este documento. Determinadas definiciones relacionadas con los Beneficios de la vista se encuentran en el capítulo de Beneficios de la vista.

Oficina administrativa

Oficina administrativa hace referencia a una compañía independiente designada por la Junta de Fideicomisarios para realizar la administración diaria del JBT y sus planes de beneficios y que regularmente se dedica al negocio de verificar la elegibilidad, administración, ajuste y pago de reclamos, así como a los servicios de revisión de los reclamos de los planes de beneficios sociales para empleados.

Cargo permitido/Monto permitido/Cargo permisible/Tarifa máxima permitida (aplicable al beneficio médico)

Esto hace referencia a la cantidad en la que se basa el pago del beneficio médico para los servicios o suministros elegibles médicamente necesarios. (Para conocer el cargo permitido aplicable al beneficio dental, consulte el cargo dental permitido a continuación.) El Administrador del Plan o su designado determina el monto del Cargo permitido como el **más bajo** de:

1. **Con respecto a un proveedor dentro de la red (proveedor/centro preferido)**, la tarifa/tasa negociada establecida en el acuerdo entre el Proveedor/centro de atención médica de la red participante y la red o el Plan (también conocido como Tarifa del contrato); **o**
2. **Con respecto a un proveedor fuera de la red**, el monto de cargo permitido hace referencia al Anexo que indica los montos en dólares que el Plan ha determinado que permitirá para los servicios o suministros médicamente necesarios elegibles realizados por proveedores fuera de la red (lo que el Plan anteriormente denominó como “habitual y acostumbrado”); **o**
3. Para un proveedor/centro de atención médica dentro de la red cuyo contrato de red estipula que no tiene que aceptar la tarifa/tasa negociada por la red para reclamos que involucren a un tercero pagador, incluyendo, entre otros, el seguro de automóvil o la compensación de trabajadores, el monto de cargo permitido bajo este Plan es la tarifa/tasa negociada que habría sido pagadera por el Plan si el reclamo se hubiera procesado como un reclamo dentro de la red. Cuando este Plan puede ser un pagador secundario, el monto del Cargo permitido en virtud de este Plan es el menor de la tarifa/tasa negociada que habría sido pagadera por el Plan si el reclamo se hubiera procesado como un reclamo dentro de la red o la tasa contratada del plan primario (para obtener más información, consulte el Capítulo 12: Coordinación de beneficios (COB)); **o**
4. El cargo real facturado por el proveedor/centro de atención médica.

De acuerdo con la ley federal, con respecto a los servicios de emergencia prestados en una sala de emergencias (ER) fuera de la red, la asignación del beneficio médico para las tarifas del centro de visita de la Sala de emergencias es para pagar el **mayor** de:

- a) el monto negociado para proveedores dentro de la red (el monto promedio si es más de 1 monto para proveedores dentro de la red), **o**
- b) 100% de la fórmula de pago habitual del plan (cargo permitido) (reducido por costos compartidos); **o**
- c) (cuando dicha base de datos esté disponible), la cantidad que pagarían las Partes A o B de Medicare (reducido por el costo compartido).

Consulte también la definición de **Servicios de emergencia** en este capítulo.

El Cargo por beneficio médico permitido para proveedores fuera de la red por lo general se basa en, o pretende reflejar, tarifas que son o pueden describirse como usuales y habituales (U&C), razonables y habituales (R&C), usuales, habituales y razonables (UCR), prevalecientes o cualquier término similar. El Plan se reserva el derecho a que el monto facturado de un reclamo lo revise una empresa/proveedor de revisión médica independiente para ayudar a determinar el monto que el Plan permitirá por el reclamo presentado. Consulte también la definición de Facturación del saldo en este capítulo.

El Beneficio médico no siempre pagará beneficios iguales o basados en el cargo real del proveedor de atención médica por los servicios o suministros de atención médica, incluso después de que haya pagado el Deducible, Copago o Coseguro correspondiente. Esto se debe a que el beneficio médico cubre solo el monto del “Cargo permitido” por los servicios o suministros de atención médica.

Además, el Plan se reserva el derecho a negociar con un proveedor fuera de la red para reducir sus cargos facturados a un monto de Cargo permitido con descuento más bajo. Tal negociación la puede realizar el Administrador del Plan o su designado. Una persona designada puede incluir, entre otros, una empresa de gestión de uso, un Administrador de Reclamos, un abogado, una empresa de retención de pérdidas, una empresa de revisión de precios de reclamos médicos, una empresa de negociación de descuentos o una red secundaria/envolvente. Este monto con descuento negociado se convertirá en el monto del “Cargo permitido” en el que el Beneficio médico basará su pago por los servicios cubiertos para el proveedor fuera de la red, considerando las disposiciones de costos compartidos del Plan, diseño del Plan dentro o fuera de la red.

Cualquier monto que exceda el monto del “Cargo permitido” no cuenta para los límites anuales de gastos de bolsillo del Plan. Los participantes son responsables de los montos que superen los montos del “Cargo permitido” por este Plan.

Cargo permitido/Monto permitido/Cargo permisible/Tarifa máxima permitida (aplicable al beneficio dental)

Esto significa la cantidad que permite el beneficio dental como pago por los servicios o suministros dentales médicamente necesarios elegibles que se indican en la Tabla de asignaciones. El administrador del plan o su designado determina el monto del cargo dental permitido y se establece en la tabla de asignaciones dentales.

La lista de montos de cargos permitidos del beneficio dental no se basa ni pretende reflejar los cargos que son o pueden describirse como usuales y habituales (U&C), razonables y habituales (R&C), usuales, habituales y razonables (UCR), prevalecientes o cualquier término similar. El reembolso de determinados procedimientos indicados en la Tabla de asignaciones dentales lo determinará una empresa de revisión dental independiente que ayude al JBT a determinar la cantidad que el Plan permitirá por el reclamo presentado. Consulte también la definición de Facturación del saldo en este capítulo.

Los beneficios del plan no siempre igualarán el cargo real del Proveedor dental por los servicios o suministros dentales, incluso después de que haya pagado cualquier Deducible, Coseguro y/o Copago correspondiente. Esto se debe a que el Beneficio dental cubre solo el monto del “cargo permitido” por los servicios o suministros dentales. Si utiliza un proveedor dentro de la red, la cantidad que pagará es su deducible y su coseguro por el servicio. Si utiliza un proveedor fuera de la red, también pagará la diferencia entre el cargo facturado por el proveedor y el monto establecido para ese servicio en la Tabla de asignaciones dentales.

Además, el Plan se reserva el derecho a negociar con un proveedor dental fuera de la red para reducir sus cargos facturados a un monto de Cargo permitido con descuento más bajo. Tal negociación puede ser realizada por el Administrador del Plan o su designado. Una persona designada puede incluir, entre otros, una empresa de gestión de uso, un Administrador de Reclamos, un abogado, una empresa de revisión de precios de reclamos dentales, una empresa de negociación de descuentos o una red secundaria/envolvente. Este monto con descuento negociado se convertirá en el monto del “Cargo permitido” en el que el Beneficio Dental basará su pago por los servicios cubiertos para el proveedor fuera de la red, considerando las disposiciones de costos compartidos del Plan y el diseño del Plan dentro o fuera de la red.

Instalación/Centro de cirugía ambulatoria

Una instalación especializada que se establece, equipa, opera y cuenta con personal principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos y que cumple con una de las siguientes dos pruebas:

1. Tiene licencia como Instalación/Centro de cirugía ambulatoria por la autoridad reguladora responsable de la licencia bajo las leyes de la jurisdicción en la que se encuentra; o
2. Cuando no se requiere licencia, cumple con todos los siguientes requisitos:
 - es operado bajo la supervisión de un médico con licencia que se dedica a tiempo completo a la supervisión y permite que un procedimiento quirúrgico lo realice solo un médico debidamente calificado quien, al momento en que se realiza el procedimiento, tiene el privilegio de realizar el procedimiento en al menos una Hospital de la zona.

- requiere en todos los casos, excepto aquellos que requieran únicamente anestésicos de infiltración local, que un anestesiólogo autorizado administre el anestésico o supervise a un anestesista que esté administrando el anestésico, y que el anestesiólogo o anestesista permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico.
- proporciona al menos una sala de operaciones y al menos una sala de recuperación posterior a la anestesia.
- está equipado para realizar radiografías de diagnóstico y exámenes de laboratorio o tiene un arreglo para obtener estos servicios.
- cuenta con personal capacitado y equipo necesario para manejar situaciones de emergencia.
- tiene acceso inmediato a un banco de sangre o suministros de sangre.
- proporciona los servicios de tiempo completo de una o más enfermeras registradas (RN) para la atención del paciente en los quirófanos y en la sala de recuperación posterior a la anestesia.
- mantiene un historial médico adecuado para cada paciente, que contiene un diagnóstico de admisión (que incluye, para todos los pacientes, excepto los que se someten a un procedimiento con anestesia local, un informe de examen preoperatorio, historial médico y pruebas de laboratorio y/o radiografías), un informe quirúrgico y un resumen de alta.

Una instalación/centro quirúrgico ambulatorio que forma parte de un hospital, según se define en este capítulo, se considerará una instalación/centro quirúrgico ambulatorio para los fines de este plan. La instalación/centro de cirugía ambulatoria a veces se denomina Instalación de cirugía para pacientes ambulatorios o Centro de cirugía para pacientes ambulatorios.

Ensayo clínico aprobado

Un “ensayo clínico aprobado” hace referencia a un ensayo clínico de fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. El ensayo clínico o investigación debe ser (1) financiado por el gobierno federal; (2) realizado bajo una nueva solicitud de medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o (3) un ensayo de medicamentos que está exento de los requisitos de solicitud de nuevos medicamentos en investigación. Los ensayos clínicos “financiados por el gobierno federal” incluyen aquellos aprobados o financiados por uno o más de: los Institutos Nacionales de Salud (NIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHCQR), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), un grupo cooperativo o centro del NIH, CDC, AHCQR, CMS, Departamento de Defensa (DOD), Departamento de Asuntos de Veteranos (VA); una entidad de investigación no gubernamental calificada e identificada por las pautas de los NIH para subvenciones; o el VA, el DOD o el Departamento de Energía (DOE) si el estudio ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que el Secretario del HHS determina que es comparable al sistema utilizado por los NIH y asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por personas calificadas que no tienen ningún interés en el resultado de la revisión.

Programa de cuidados paliativos (hospicio) aprobado

Programa de cuidados paliativos (hospicio) aprobado hace referencia a un programa de cuidados paliativos (hospicio) que está acreditado por la Organización Nacional de Cuidados Paliativos (Hospicios) y aprobado por la Junta de Fideicomisarios del JBT.

Facturación del saldo

Una factura de un proveedor de atención médica a un paciente por la diferencia (o saldo) entre los cargos permitidos de este plan y lo que realmente cobró el proveedor (los cargos facturados). Las cantidades asociadas con la facturación del saldo **no están cubiertas** por este Plan, incluso si se ha alcanzado el Límite anual de gastos de bolsillo del Plan. Consulte también las disposiciones relacionadas con los gastos de bolsillo del plan y la definición del plan de cargo permitido. Recuerde, los montos que exceden el Cargo permitido no cuentan para el Límite de desembolso personal anual del Plan y pueden resultar en la Facturación del saldo a usted. **Los proveedores de atención médica que no pertenecen a la red suelen participar en la facturación de saldos.** La facturación del saldo se produce cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente cargos (que no sean copagos, coseguro o deducibles) que exceden el pago del Plan por un servicio cubierto. Por lo general, puede evitar la facturación del saldo utilizando proveedores de la red para los servicios cubiertos. Por lo general, los proveedores dentro de la red no facturan el saldo, excepto en situaciones de reclamos de responsabilidad de

terceros. **Por lo general, puede evitar la facturación del saldo mediante el uso de proveedores dentro de la red.**

Acuerdo de negociación

Consulte el Acuerdo de negociación colectiva.

Salud conductual

Salud conductual es un término general que se refiere a la salud mental y/o el abuso de sustancias. Un trastorno de salud conductual es cualquier enfermedad que se define en la sección de trastornos mentales de la edición actual del manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) o que se identifica en la edición actual del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM), incluyendo una dependencia psicológica y/o fisiológica o adicción al alcohol o drogas o medicamentos psiquiátricos, independientemente de cualquier causa física u orgánica subyacente. Consulte también las definiciones de dependencia química y abuso de sustancias.

Beneficiario

Beneficiario hace referencia a la persona o personas que usted ha designado para recibir los beneficios del Plan pagaderos si usted fallece. Consulte también el Capítulo 4 para obtener información sobre un Beneficiario calificado de COBRA.

Centro de nacimiento (o parto)

Una instalación especializada que es principalmente un lugar para el parto de niños después de un embarazo normal sin complicaciones y que cumple con una de las dos pruebas siguientes:

1. Está autorizado por la autoridad reguladora que tiene la responsabilidad de la concesión de licencias según las leyes de la jurisdicción en la que se encuentra; o
2. Cuando no se requiere licencia, cumple con todos los siguientes requisitos:
 - es operado y equipado de acuerdo con cualquier ley estatal aplicable con el propósito de brindar atención prenatal, parto, atención posparto inmediata y atención de un niño nacido en el centro.
 - está equipado para realizar exámenes de laboratorio y de diagnóstico de rutina, que incluyen, entre otros, hematocrito y análisis de orina para detectar glucosa, proteínas, bacterias y gravedad específica, y radiografías de diagnóstico, o tiene un arreglo para obtener esos servicios.
 - tiene disponible para manejar emergencias previsibles, personal capacitado y equipo necesario, que incluye, entre otros, oxígeno, mascarilla de presión positiva, succión, equipo intravenoso, equipo para mantener la temperatura y ventilación del bebé y expansores de sangre.
 - proporciona al menos dos camas o dos salas de partos.
 - se opera bajo la supervisión de tiempo completo de un médico con licencia, una enfermera registrada (RN) o una enfermera partera certificada.
 - tiene un acuerdo por escrito con al menos un Hospital en el área para la aceptación inmediata de pacientes que desarrollen complicaciones.
 - cuenta con personal capacitado y equipo necesario para manejar situaciones de emergencia.
 - tiene acceso inmediato a un banco de sangre o suministros de sangre.
 - tiene capacidad para administrar anestésico local y realizar cirugía menor.
 - mantiene un expediente médico adecuado para cada paciente que incluye la historia prenatal, el examen prenatal, cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico y un resumen posparto.
 - espera dar de alta o transferir a los pacientes dentro de las 48 horas posteriores al parto; y
 - está acreditado por la Asociación Estadounidense de Centros de Nacimiento (AABC).

Un Centro de Nacimiento (o Parto) que sea parte de un Hospital, tal como se define en este capítulo, se considerará un Centro de Nacimiento (o Parto) para los propósitos de este Plan.

Junta de Fideicomisarios

Consulte Fideicomisarios.

Cannery Council

Cannery Council hace referencia al Teamsters California State Council of Cannery and Food Processing Unions, International Brotherhood of Teamsters (“Cannery Council” o “Sindicato”).

Dependencia química

Es otro término para el abuso de sustancias/trastorno por uso de sustancias. Consulte también las definiciones de Trastornos de la salud del comportamiento y Trastorno por abuso de sustancias/abuso de sustancias.

Tratamiento quiropráctico

Tratamiento quiropráctico significa cualquier tratamiento proporcionado, supervisado o dirigido por un quiropráctico con licencia (incluyendo la medicina física neuromuscular) y realizado bajo el cuidado de un quiropráctico, incluso si es recetado por un doctor en medicina y/o realizado por un fisioterapeuta.

Quiropráctico

Una persona que tenga el grado de Doctor en Quiropráctica (DC); y que está legalmente autorizado para practicar la detección y corrección, por medios mecánicos, de la interferencia con las transmisiones nerviosas y las expresiones resultantes de la distorsión, desalineación o dislocación de la columna vertebral (vértebras); y que actúa dentro del alcance de su licencia.

Coseguro

La parte de los gastos de atención médica elegibles que la persona cubierta tiene la responsabilidad financiera de pagar. En la mayoría de los casos, la persona cubierta es responsable de pagar un porcentaje fijo de los gastos médicos cubiertos una vez que ha alcanzado el deducible del plan.

Acuerdo de negociación colectiva o acuerdo de negociación

Acuerdo de negociación colectiva hace referencia al Acuerdo de negociación colectiva más reciente entre un Empleador participante y Teamsters California State Council of Cannery and Food Processing Unions, International Brotherhood of Teamsters y/o un sindicato local afiliado que ha sido aprobado para participar en el JBT por los Fideicomisarios y brinda contribuciones al JBT.

Tarifa de contrato

Tarifa de contrato hace referencia a una tasa negociada especialmente por los servicios y suministros de atención médica proporcionados por instalaciones y proveedores con quienes el JBT (y/o su organización de proveedores preferidos) tiene un contrato de proveedor preferido.

Copago

También conocido como “Copago”, es la cantidad fija en dólares que usted es responsable de pagar cuando incurre en ciertos gastos de atención médica elegibles. Los servicios pagaderos con un copago se explican en el Anexo o Anexo de beneficios médicos, Gastos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios o Anexo de beneficios de la vista.

Aparatos correctivos

El término general para aparatos o dispositivos que sostienen una parte del cuerpo debilitada (ortopédico) o reemplazan una parte del cuerpo faltante (prótesis). Para determinar la categoría de cualquier artículo en particular, consulte también las definiciones de Equipo médico duradero, Suministros no duraderos, Aparato ortopédico (o Dispositivo) y Aparato protésico (o Dispositivo).

Cosmético

Cirugía o tratamiento médico para mejorar o preservar la apariencia física, pero no la función física. La cirugía o tratamiento cosmético incluye, entre otros, la eliminación de tatuajes, el aumento de senos u otro tratamiento médico/quirúrgico, los medicamentos recetados y el tratamiento dental destinado a restaurar o mejorar la apariencia física, según lo determine el administrador del plan o su designado.

Cuidado en custodia

Cuidado en custodia significa la atención brindada principalmente para el mantenimiento o para ayudar a una persona cubierta a realizar las actividades de la vida diaria. El cuidado en custodia incluye, entre otros, ayuda para caminar, bañarse, vestirse, comer, preparar dietas especiales y supervisar medicamentos que no requieran la atención constante de personal médico capacitado.

Deducible

La cantidad de gastos médicos o dentales elegibles que usted es responsable de pagar antes de que el plan empiece a pagar los beneficios. La cantidad de deducibles se analiza en el “Capítulo 6: Beneficios médicos” y el “Capítulo 9: Beneficios dentales” de este documento.

Proveedor de atención dental

Un dentista, higienista dental u otro profesional de la salud o enfermero, según se definen específicamente esos términos en este capítulo del documento, que tenga una licencia legal y que sea un dentista o que preste servicios bajo la dirección de un dentista con licencia; y que actúe dentro del alcance de su licencia.

Tabla de asignaciones dentales

Tabla de asignaciones dentales hace referencia a la descripción de los procedimientos dentales y los montos pagaderos por cada uno, que pueden modificarse de vez en cuando. La tabla de asignaciones dentales actual está disponible a pedido.

Procedimientos de control de morosidad

Procedimientos de control de morosidad hace referencia a los procedimientos que adopta la Junta de Fideicomisarios del JBT para controlar las contribuciones morosas.

Dentista

Una persona que tenga el título de Doctor en Ciencias Odontológicas o Doctor en Cirugía Dental (D.D.S.) o un Doctor en Medicina Dental (D.M.D.) que tiene licencia para ejercer la Odontología en el estado, país u otra jurisdicción en la que presta el tratamiento.

Hijo dependiente

Para los propósitos de este Plan, un Hijo dependiente es cualquiera de los hijos del empleado según se indica en la página 10.

Discapacidad o discapacitados

Discapacidad o Discapacitado hace referencia a una condición física o mental que impide por completo a:

- Un empleado de realizar las tareas requeridas para el empleo bajo el Acuerdo de Negociación Colectiva o para trabajar por un salario o ganancias en cualquier ocupación, o
- Una persona dependiente de realizar las actividades usuales y habituales de una persona de la misma edad y condición familiar,
- Para propósitos de cobertura por discapacidad extendida de la COBRA y beneficios de Medicare debido a discapacidad, los términos hacen referencia a la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social.

Doctor

Consulte Médico.

Pareja de hecho (conviviente)

Para los propósitos de este Plan, una Pareja de hecho existe solo si se cumplen todos los siguientes criterios en todo momento:

Una Pareja de hecho es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que tiene el mismo domicilio principal que el empleado y tanto el empleado como la pareja de hecho cumplen los siguientes requisitos:

1. ambos son mayores de edad para contraer matrimonio en el Estado en el que residen el empleado y la pareja de hecho.
2. no están emparentados por sangre en la medida en que se les prohíba contraer matrimonio legalmente en el Estado en el que residen.
3. ninguno de los dos está legalmente casado con otra persona o en otra pareja de hecho.
4. completan y el empleado entrega al Plan la Declaración de pareja de hecho presentada ante un gobierno estatal o local que demuestra el estado de Pareja de hecho.

Las parejas de hecho no son elegibles para los beneficios del Plan.

Medicamento recetado

Medicamento recetado hace referencia a que el artículo puede dispensarse legalmente, según lo dispuesto en la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, incluyendo sus enmiendas, solo con una receta escrita u oral de un dentista o médico (u otro proveedor de atención médica autorizado) autorizado por ley para administrar dicho artículo. Para los propósitos de este Plan, los Medicamentos recetados incluyen:

1. **Medicamento de leyenda federal:** Cualquier sustancia medicinal que la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos exija que se etiquete con “Precaución: la ley federal prohíbe la dispensación sin receta”.
2. **Fármaco compuesto:** Cualquier medicamento que tenga más de un ingrediente y al menos un ingrediente es un medicamento que exige receta médica según la ley estatal. Algunos medicamentos compuestos solo están disponibles en farmacias minoristas, no en pedidos por correo. La composición farmacéutica es una práctica en la que un farmacéutico combina, mezcla o altera ingredientes en respuesta a una receta para crear un medicamento adaptado a las necesidades médicas de un paciente individual. Bajo este Plan, ciertos medicamentos compuestos de múltiples ingredientes pueden requerir certificación previa. Los medicamentos compuestos están hechos de ingredientes individuales en una cierta concentración y forma de dosificación que se mezclan según la prescripción del proveedor.
3. **Medicamento de marca:** hace referencia a un medicamento que ha sido aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y ese medicamento ha recibido una patente de 20 años, lo que significa que ninguna otra empresa puede fabricarlo durante todo el período de la patente. Esta protección de patente significa que solo la empresa que posee la patente tiene derecho a vender ese medicamento de marca. Un medicamento de marca no puede competir con un medicamento genérico hasta que la patente de marca u otras exclusividades de marketing hayan expirado y la FDA otorgue la aprobación para una versión genérica.
4. **Medicamento genérico:** hace referencia a una versión genérica de un medicamento de marca (básicamente una copia de un medicamento de marca aprobado por la FDA que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca y es el mismo en términos de dosis, seguridad, pureza, potencia, forma en que se toma, calidad, rendimiento y uso previsto). Los medicamentos genéricos funcionan de la misma manera y en la misma cantidad de tiempo que los medicamentos de marca. El medicamento genérico debe ser el mismo (o bioequivalente) en varios aspectos: los ingredientes activos (aquellos ingredientes que son responsables de los efectos del medicamento), la cantidad de dosis, la forma en que se toma el medicamento debe ser la misma que la del medicamento de marca, la seguridad debe ser la misma y la cantidad de tiempo que al medicamento genérico le toma ser absorbido por el cuerpo debe ser la misma que del medicamento de marca. Un medicamento genérico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Los medicamentos genéricos pueden tener diferentes nombres, formas, colores e ingredientes inactivos que el medicamento de marca original.
5. **Medicamentos especiales:** Por lo general, se refiere a medicamentos no experimentales de alto costo, bajo volumen, diseñados por biotecnología y aprobados por la FDA que se usan para tratar enfermedades complejas, crónicas o raras. Estos medicamentos también pueden tener una o más de las siguientes cualidades: se inyectan, infunden, se toman por vía oral o inhalan, pueden necesitar ser administrados por un profesional de la salud, tienen efectos secundarios o problemas de cumplimiento que necesitan monitoreo, requieren educación/apoyo sustancial del paciente antes de la administración y/o tienen una fabricación, manipulación y problemas de distribución que hacen que no se puedan comprar en un servicio minorista y/o de pedidos por correo. Los ejemplos de medicamentos especiales pueden incluir medicamentos para tratar la hemofilia, los trastornos inmunitarios, la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, la hepatitis o ciertos tipos de cáncer. Los medicamentos especiales los administra una farmacia de medicamentos especiales que forma parte del

Administrador de Beneficios de Farmacia bajo contrato con el Plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre medicamentos.

Equipo médico duradero

Equipo que puede soportar un uso repetido; y se usa de forma principal y habitual con un propósito médico y por lo general no es útil en ausencia de una lesión o enfermedad; y no es desechable o no duradero, es para uso exclusivo del paciente y es apropiado para el hogar del paciente. El equipo médico duradero incluye, entre otros, monitores de apnea, monitores de azúcar en sangre, inodoros, camas de hospital eléctricas con barandillas de seguridad, sillas de ruedas eléctricas y manuales, nebulizadores, oxímetros, oxígeno y suministros, y ventiladores.

Gastos médicos elegibles

Gastos médicos elegibles/Cargos elegibles: Gastos por servicios o suministros médicos, pero solo en la medida en que los gastos cumplan con todos los requisitos siguientes según lo determine el Administrador del Plan o su designado: son médicamente necesarios, según se definen en este capítulo de Definiciones; y los cargos por ellos son un Cargo permitido, tal como se define en este capítulo de Definiciones; y la cobertura de los servicios o suministros no está excluida tal como se explica en el Capítulo 6, Capítulo 11, o en el Anexo de beneficios médicos; y no son servicios o suministros que excedan un beneficio máximo del plan; y son solicitados por un médico o profesional de la salud para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad (excepto cuando el Plan paga los servicios preventivos/de bienestar tal como se indica en el Anexo de beneficios médicos en este documento); y son gastos incurridos mientras la persona está cubierta por este Plan.

Emergencia, atención de emergencia, emergencia médica

El Administrador del Plan o su designado tiene la discreción y la autoridad para determinar si un servicio o suministro está o debe ser clasificado como dado en una Emergencia médica. Atención de emergencia significa atención y tratamiento médico o dental que se proporciona después de la aparición repentina e inesperada de una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor severo, de modo que una persona común prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina pueda razonablemente esperar la ausencia de atención médica inmediata que resulte en poner la salud de la persona (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de su feto) en grave peligro, deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción/deterioro grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. En el caso de un trastorno de la salud del comportamiento, se podría esperar razonablemente que la falta de tratamiento provoque que el paciente se haga daño a sí mismo y/o a otras personas.

Servicios de emergencia

Servicios de emergencia hace referencia con respecto a una condición médica de emergencia (definida más adelante), a un examen de detección médica **dentro del departamento de emergencias de un hospital**, incluyendo los servicios auxiliares disponibles de forma rutinaria para el departamento de emergencias a fin de evaluar la condición médica de emergencia, junto con exámenes y tratamientos médicos adicionales en la medida en que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el Hospital para estabilizar al paciente.

- El término “**estabilizar**” significa, con respecto a una Condición médica de emergencia, proporcionar el tratamiento médico de la condición que pueda ser necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que sea poco probable que se produzca un deterioro material de la condición como resultado de o durante el traslado del individuo desde un centro o, con respecto a una condición médica de emergencia, dar a luz a un niño recién nacido (incluyendo la placenta).
- El término “**Condición médica de emergencia**” hace referencia a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor fuerte) para que una persona prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte en un peligro grave para la salud del individuo (o para una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer), el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- El Administrador del Plan o su designado tiene la discreción y la autoridad para determinar si un servicio o suministro está o debe ser clasificado como una Condición médica de emergencia.

Experimental, en investigación o no probado

La Junta de Fideicomisarios o su designado tiene la discreción y la autoridad para determinar si un servicio o suministro es o debe ser clasificado como Experimental y/o en Investigación o No Probado.

El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico Experimental, en Investigación o No Probado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no dará lugar a beneficios si el procedimiento se considera Experimental, en Investigación o No Probado en el tratamiento de esa condición en particular.

Se considerará que un servicio o suministro es Experimental y/o en Investigación o No Probado si, en opinión del Administrador del Plan o su designado, **según la información y los recursos disponibles al momento en que se prestó el servicio o se proporcionó el suministro, o se consideró el servicio o suministro para la autorización previa del Plan, cualquiera de las siguientes condiciones estaba presente con respecto a una o más disposiciones esenciales del servicio o suministro:**

1. El servicio o suministro se describe como una alternativa a las terapias más convencionales en los protocolos (el plan para el curso del tratamiento médico que está bajo investigación) o en el documento de consentimiento (el formulario de consentimiento firmado por el paciente o en su nombre) del proveedor de atención médica que realiza el servicio o prescribe el suministro;
2. El servicio o suministro prescrito solo se puede brindar con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional según lo define la ley federal;
3. En opinión del Administrador del Plan o su designado, existe una ausencia de literatura médica, dental o científica autorizada sobre el tema, o una preponderancia de dicha literatura publicada en los Estados Unidos; y escrita por expertos en la materia; que demuestra que reconocidos expertos médicos, dentales o científicos: clasifican el servicio o suministro como Experimental y/o en Investigación o No Probado; o indican que se requiere más investigación antes de que el servicio o suministro pueda ser clasificado como igual o más efectivo que las terapias convencionales;
4. Con respecto a los servicios o suministros regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA), se requiere la aprobación de la FDA para que el servicio y el suministro se comercialicen legalmente; y no hayan sido otorgados al momento en que se prescribe o presta el servicio o suministro; o se ha entregado y presentado ante la FDA una nueva solicitud de medicamento o dispositivo nuevo en fase de investigación.
5. Bajo el beneficio médico, experimental, En investigación o No probado no incluye los **costos de rutina asociados con un determinado “ensayo clínico aprobado” relacionado con el cáncer u otras enfermedades potencialmente mortales**. Para las personas que participarán en un ensayo clínico, se recomienda autorización previa (consulte el Capítulo 5) para determinar si el participante está inscrito en un “Ensayo clínico aprobado” y notificar a los administradores de reclamos del Plan que el individuo puede incurrir en costos, servicios y suministros de rutina durante su participación en el ensayo clínico. Los costos de rutina cubiertos por este Plan se analizan a continuación:
 - a. “**Costos de rutina**” hace referencia a los servicios y suministros incurridos por una persona elegible durante la participación en un ensayo clínico si dichos gastos estarían cubiertos para un participante o beneficiario que no está inscrito en un ensayo clínico. Sin embargo, el Plan no cubre los servicios y suministros que no sean de rutina, como: (1) los artículos, dispositivos, servicios o medicamentos en investigación que se estudian como parte del ensayo clínico aprobado; (2) artículos, dispositivos, servicios y medicamentos que se proporcionan únicamente con fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente; o (3) artículos, dispositivos, servicios o medicamentos que no concuerden con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para el diagnóstico particular de un paciente.
 - b. Un “**ensayo clínico aprobado**” hace referencia a un ensayo clínico de fase I, II, III o IV que incluye un ensayo clínico titulado como un estudio piloto realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. El ensayo clínico, incluido un ensayo clínico titulado como estudio o investigación piloto, lo debe (1) financiar el gobierno federal; (2) realizado bajo una nueva solicitud de medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o (3) un ensayo de medicamentos que está exento de los requisitos de solicitud de nuevos medicamentos en investigación. Los ensayos clínicos “financiados por el gobierno

federal” incluyen aquellos aprobados o financiados por uno o más de: los Institutos Nacionales de Salud (NIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHCRO), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), un grupo cooperativo o centro del NIH, CDC, AHCRO, CMS, Departamento de Defensa (DOD), Departamento de Asuntos de Veteranos (VA); una entidad de investigación no gubernamental calificada e identificada por las pautas de los NIH para subvenciones; o el VA, el DOD o el Departamento de Energía (DOE) si el estudio ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que el Secretario del HHS determina que es comparable al sistema utilizado por los NIH y asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por personas calificadas que no tienen ningún interés en el resultado de la revisión.

- c. Sujeto a la subsección d, más adelante, un participante o Beneficiario cubierto por un plan de salud grupal es elegible para participar en un ensayo clínico y recibir beneficios de un plan de salud grupal para servicios de rutina si: (1) la persona satisface los requisitos de elegibilidad del protocolo de un ensayo clínico aprobado; y (2) el Médico remitente de la persona es un Proveedor de atención médica participante en el plan que ha determinado que la participación de la persona en el Ensayo clínico aprobado es médicamente apropiada, o la persona proporciona al Plan información médica y científica que establece que la participación en la prueba sería médicamente apropiada, y (3) la firma de revisión médica del Plan está de acuerdo en que la participación de la persona en el ensayo es médicamente apropiada.
- d. El Plan puede depender de su Empresa de Gestión de Uso u otra firma de revisión médica para determinar, durante un proceso de revisión, si el ensayo clínico está relacionado con el cáncer o con una condición potencialmente mortal, así como para ayudar a determinar si los costos de rutina de una persona están asociados con un “ensayo clínico aprobado”. Durante el proceso de revisión, se le puede pedir a la persona o al Médico que lo atiende que presente información médica y científica que establezca la idoneidad y elegibilidad para el ensayo clínico para su condición. El Plan (sin costo para el paciente) se reserva el derecho a tener la opinión de una firma de revisión médica con respecto a la información recopilada durante el proceso de revisión. Consulte el Capítulo 13: Procedimientos de reclamos y apelaciones para obtener información sobre el proceso de apelación del Plan. Además, la revisión externa está disponible para una determinación adversa relacionada con la cobertura de los costos de rutina en un ensayo clínico.
- e. El Plan puede requerir que una persona elegible utilice un proveedor dentro de la red siempre y cuando el proveedor acepte al paciente. Este Plan solo está obligado a cubrir los costos fuera de la red para los gastos de ensayos clínicos de rutina si el ensayo clínico solo se ofrece fuera del estado de residencia del paciente.

Para determinar si un servicio o suministro es o debería clasificarse como Experimental y/o En investigación o No probado, el Administrador del Plan o su designado se basará únicamente en la siguiente información y recursos específicos (que están disponibles al momento en que se realizó, proporcionó o consideró el servicio o suministro para autorización previa):

1. Expedientes médicos o dentales de la persona cubierta;
2. El documento de consentimiento firmado, o que debe ser firmado, para recibir el servicio o suministro prescrito;
3. Protocolos del proveedor de atención médica que presta el servicio prescrito o prescribe o dispensa el suministro;
4. Escritos médicos o científicos revisados por colegas autorizados que se publican en los Estados Unidos con respecto al servicio o suministro prescrito para el tratamiento del diagnóstico de la persona cubierta, incluyendo, entre otros, “Información de dispensación de farmacopea de los Estados Unidos” y “Servicio de formulario de hospitales estadounidenses”;
5. Las opiniones publicadas de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) u organizaciones especializadas reconocidas por la AMA; o los Institutos Nacionales de Salud (NIH); o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); o la Oficina de Evaluación de Tecnología; los boletines de políticas clínicas de las principales compañías de seguros en los EE. UU. como Aetna, Anthem o United Healthcare, o MCG, anteriormente Milliman Care Guidelines, o la Asociación Dental Americana (ADA), con respecto a los servicios o suministros dentales.
6. Leyes federales o reglamentaciones finales emitidas o aplicadas por la FDA o el Departamento de Salud y Servicios Humanos con respecto al servicio o suministro prescrito.

7. La última edición del “Manual de determinaciones de cobertura nacional de Medicare”.

Para determinar cómo obtener una autorización previa de cualquier procedimiento que pueda considerarse experimental y/o en investigación o no probado, consulte el Capítulo 5.

Consejería genética

Servicios de asesoramiento prestados antes de las pruebas genéticas para educar al paciente sobre problemas relacionados con anomalías cromosómicas o características de transmisión genética y/o los posibles impactos de los resultados de las pruebas genéticas; y se proporciona después de las pruebas genéticas para explicar al paciente y a su familia la importancia de cualquier anomalía cromosómica detectada o características de transmisión genética que indiquen la presencia o predisposición a una enfermedad o trastorno del individuo examinado, o la presencia o predisposición a una enfermedad o trastorno en el feto de una mujer embarazada para permitir que el paciente tome una decisión informada.

Información genética

Información sobre la presencia o ausencia de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética en una persona que se obtiene de las pruebas genéticas o que se puede inferir del historial médico familiar de una persona.

Prueba genética

Pruebas que implican la extracción de ADN de las células de un individuo y el análisis de ese ADN para detectar la presencia o ausencia de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética que indican la presencia de una enfermedad o trastorno, la predisposición del individuo a una enfermedad o trastorno, o la probabilidad de que la anomalía o característica cromosómica se transmita al hijo de esa persona, quien luego tendrá esa enfermedad o trastorno, una predisposición a desarrollar esa enfermedad o trastorno, o se convertirá en portador de esa anomalía o característica con capacidad para transmitirla a las generaciones futuras.

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica, como terapia física, terapia ocupacional y/o patología del habla y el lenguaje, brindados a personas con retrasos en el desarrollo que nunca han adquirido capacidades funcionales normales. Los ejemplos de servicios de habilitación incluyen la terapia prescrita por un médico para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Los servicios de habilitación no están cubiertos por el Plan.

Centro de salud

Para los fines de este Plan, un centro para la prestación de servicios de atención médica, incluyendo una instalación/centro quirúrgico ambulatorio para pacientes ambulatorios, un hospital, un centro de tratamiento de salud conductual, un centro de maternidad, un centro de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados, un centro de tratamiento residencial, un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados, un centro de enfermería especializada y Centro de atención subaguda/Centro de atención aguda a largo plazo (LTAC), Centro de atención de urgencia, todos los cuales tienen licencia legal y/o están legalmente autorizados para brindar determinados servicios de atención de salud en ese centro en virtud de las leyes del estado o la jurisdicción donde se prestan los servicios. Muchos de estos términos de instalaciones se definen por separado en este capítulo.

Profesional de la salud

Un acupunturista, enfermera anestesista registrada certificada (CRNA), quiropráctico, higienista dental, dentista, enfermera (RN, LVN, LPN), enfermera practicante, enfermera partera certificada, asistente médico (PA), terapeuta físico registrado, u ocupacional, físico, respiratorio o terapeuta del habla o patólogo del habla, audiólogo con maestría, optometrista, óptico para beneficios de la vista, dietista registrado, educador certificado en diabetes o farmacéutico, quienes tienen licencia legal y/o autorización legal para practicar o brindar determinados servicios de atención médica según las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios: y actúa dentro del alcance de su licencia y/o alcance de práctica. Consulte también la definición de Médico. En la medida requerida por las regulaciones de la ACA, un Profesional de la Salud incluye un proveedor de atención médica que actúa dentro del alcance de la licencia o certificación del proveedor, según las leyes estatales aplicables y que está prestando un servicio cubierto por este Plan.

Proveedor de atención médica

Un profesional de la salud tal como se define anteriormente, o un hospital, instalación/centro quirúrgico ambulatorio, centro de maternidad, agencia de atención médica a domicilio, centro de cuidados paliativos (hospicio), centro de enfermería especializada o centro de cuidados subagudos/centro de cuidados agudos a largo plazo.

Agencia de atención médica domiciliaria

Una agencia u organización que brinda un programa de atención médica domiciliaria y cumple con una de las siguientes tres pruebas:

1. Está aprobado por Medicare y/o acreditado por The Joint Commission (TJC); o
2. Está autorizada como Agencia de Atención Médica Domiciliaria por la autoridad reguladora que tiene la responsabilidad de otorgar la licencia según las leyes de la jurisdicción en la que se encuentra; o
3. Si no se requiere licencia, cumple con todos los siguientes requisitos:
 - tiene el propósito principal de brindar un sistema de prestación de atención médica domiciliaria que brinda servicios de enfermería especializada de apoyo y otros servicios terapéuticos bajo la supervisión de un médico o una enfermera registrada (RN) en el hogar.
 - tiene un administrador de tiempo completo.
 - se administra de acuerdo con las reglas establecidas por un grupo de proveedores de atención médica profesionales, incluidos médicos y enfermeras registradas (RN).
 - mantiene registros clínicos escritos de los servicios prestados a todos los pacientes.
 - su personal incluye al menos una Enfermera registrada (RN), o cuenta con cuidado de enfermería por una Enfermera registrada (RN) disponible.
 - sus empleados están vinculados.
 - mantiene la cobertura del seguro por negligencia.

Servicios de atención médica domiciliaria

Servicios de atención médica domiciliaria hace referencia a los siguientes servicios prestados en el hogar:

- Terapia de infusión domiciliaria;
- Servicios de terapia proporcionados por un terapeuta físico, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional y atención de enfermería proporcionada por una enfermera registrada (R.N.), una enfermera vocacional con licencia (L.V.N.) o una enfermera práctica con licencia (L.P.N.); y
- Servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad, lesión o condición y ordenados por el médico tratante y aprobados por la Organización de revisión del uso del JBT.

Los servicios de atención médica domiciliaria **no** hacen referencia a:

- Cuidado en custodia o servicios de ama de casa, o
- Servicios proporcionados por una enfermera, un asistente de salud en el hogar o un terapeuta que reside en el hogar o que es miembro de la familia del participante.

Terapia de infusión domiciliaria

Terapia de infusión en el hogar hace referencia a un medicamento que se toma en el hogar a través de una bomba o una vía intravenosa que el paciente puede mantener después de recibir instrucciones específicas de una enfermera titulada.

Cuidados paliativos (hospicio)

Cuidados paliativos (hospicio) hace referencia a un tipo alternativo de tratamiento para pacientes con enfermedades terminales. Un centro o programa de cuidados paliativos (hospicio) se enfoca en tratar de hacer que el fallecimiento sea menos doloroso, menos estresante y menos temeroso para el paciente y su familia. Los cuidados paliativos (hospicio) brindan atención domiciliaria y para pacientes hospitalizados, que incluyen, entre otros:

- Servicios médicos;

- Servicios de atención médica domiciliaria;
- Terapia física;
- Alquiler de camas de hospital, sillas de ruedas y otros equipos;
- Servicios de ama de casa;
- Control del dolor y
- Servicios de duelo y apoyo emocional para la familia de los pacientes.

Hospital

Hospital hace referencia a una institución que cumple con todos los siguientes requisitos:

- Mantiene instalaciones permanentes y de tiempo completo para el cuidado de la cama de cinco o más pacientes residentes;
- Tiene un médico de asistencia regular;
- Brinda servicio de enfermería de forma continua las 24 horas por parte de enfermeras registradas;
- Se dedica principalmente a proporcionar instalaciones de diagnóstico y terapéuticas para la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas y enfermas de una forma que no sea en una casa de reposo, un hogar de convalecencia o un lugar para ancianos, alcohólicos o drogadictos, siempre y cuando, sin embargo, lo anterior no se aplique si la institución está autorizada por el estado de California como un hospital psiquiátrico agudo, y
- Se opera legalmente en la jurisdicción donde se encuentra.

Los hogares de reposo y los centros de enfermería especializada no son hospitales.

Enfermedad

Cualquier enfermedad o dolencia corporal, incluyendo cualquier anomalía congénita de un niño recién nacido, diagnosticada por un médico y en comparación con la condición anterior de la persona. **El embarazo de una empleada cubierta se considerará una enfermedad solo a los efectos de la cobertura de este Plan.** Sin embargo, **la infertilidad no es una enfermedad** a los efectos de la cobertura de este Plan.

Lesión

Cualquier daño a una parte del cuerpo que provoca un trauma por una fuente externa.

Lesión a los dientes

Una lesión en los dientes causada por un trauma de una fuente externa. Esto **no incluye** una lesión en los dientes causada por cualquier fuerza intrínseca, como la fuerza al morder o masticar. Los beneficios por lesiones accidentales en los dientes son pagaderos conforme a los servicios orales en el Anexo de beneficios médicos en el Capítulo 6.

Fideicomiso de Beneficios Conjuntos (JBT)

Fideicomiso de Beneficios Conjuntos hace referencia al fideicomiso establecido para proporcionar a los empleados beneficios de conformidad con el Acuerdo de negociación colectiva y el Acuerdo de fideicomiso.

Farmacéutico con licencia

Farmacéutico con licencia hace referencia a una persona que tiene licencia para ejercer la farmacia por la autoridad gubernamental y que tiene jurisdicción sobre la licencia y la práctica de la farmacia.

Emergencias médicas

Consulte Emergencia.

Medicamento necesarios

Se determinará que un servicio o suministro médico, de medicamentos recetados, dental o de la vista es **“medicamento necesario”** por el Administrador del Plan o su designado si:

1. se proporciona por o bajo la dirección de un médico u otro profesional de la salud debidamente autorizado que está autorizado para proporcionarlo o recetarlos o un dentista si se trata de un servicio o suministro dental; y
2. lo determina el Administrador del Plan o su designado como necesario en términos de los estándares médicos y dentales estadounidenses que por lo general se aceptan; y
3. lo determina el Administrador del Plan o su designado para cumplir todos los siguientes requisitos:
 - Es consistente con los síntomas o el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión; y
 - No se proporciona únicamente para la conveniencia del paciente, médico, dentista, hospital, proveedor de atención médica o centro de atención médica; y
 - Es un servicio o suministro **“apropiado”** dadas las circunstancias y la condición del paciente; y
 - Es un suministro o nivel de servicio **“rentable”** que se puede brindar al paciente de manera segura; y
 - Es seguro y eficaz para la enfermedad o lesión para la que se utiliza.

Un servicio o suministro médico o dental se considerará **“apropiado”** si:

1. Es un procedimiento de diagnóstico que es requerido por el estado de salud del paciente y es tan probable que dé como resultado información que podría afectar el curso del tratamiento y no es más probable que produzca un resultado negativo que cualquier servicio o suministro alternativo, tanto con respecto a la enfermedad o lesión involucrada como al estado general de salud del paciente.
2. Es la atención o el tratamiento los que tienen más probabilidades de producir un resultado positivo significativo y no es más probable que produzcan un resultado negativo en relación con cualquier servicio o suministro alternativo, tanto con respecto a la enfermedad o lesión involucrada como al estado general de salud del paciente.

Un servicio o suministro médico o dental se considerará **“rentable”** si no es más costoso que cualquier servicio o suministro alternativo apropiado cuando se considera en relación con todos los gastos de atención médica incurridos en relación con el servicio o suministro.

El hecho de que su Médico o Dentista pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no significa que el servicio o suministro se considerará médicamente necesario para la cobertura médica o dental que proporcione el Plan.

Una hospitalización o internación en un centro de atención médica no se considerará médicamente necesario si la enfermedad o lesión del paciente puede ser diagnosticada o tratada de manera segura y apropiada mientras no esté confinado.

Un servicio o suministro médico o dental que se pueda proporcionar de manera segura y adecuada en el consultorio de un médico o dentista u otro centro menos costoso no se considerará médicamente necesario si se proporciona en un Hospital o Centro de atención médica u otro centro más costoso.

La falta de disponibilidad de una cama en otro centro de atención médica o la falta de disponibilidad de un profesional de la salud para brindar servicios médicos no dará lugar a una determinación de que el confinamiento continuado en un hospital u otro centro de atención médica sea médicamente necesario.

Un servicio o suministro médico o dental no se considerará médicamente necesario si no requiere las habilidades técnicas de un médico dental o de un profesional de la salud o si se proporciona principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, la familia del paciente, cualquier persona que atienda al paciente, cualquier profesional de la salud o dental, hospital o centro de atención médica.

Medicare

Medicare hace referencia a los beneficios provistos bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y todas las enmiendas a la Ley, según como haya sido enmendada.

Salud mental; Trastorno mental

Consulte la definición de Trastorno de salud conductual.

Suministros no duraderos

Bienes o suministros que no pueden soportar el uso repetido y/o que se consideran desechables y están limitados al uso por una sola persona o un solo uso, incluyendo, entre otros, vendajes, jeringas hipodérmicas, pañales, jabón o soluciones de limpieza, etc. Este Plan solo cubre los Suministros no duraderos identificados en el Anexo de beneficios médicos. Todos los demás no lo son.

Visita al consultorio

Una “visita” al consultorio es una entrevista personal entre el paciente y el proveedor, o los servicios facturados como parte de la atención del proveedor.

Ortesis (aparato o dispositivo)

Un tipo de aparato o dispositivo correctivo, ya sea personalizado o disponible “sin receta”, diseñado para soportar una parte del cuerpo debilitada, que incluye, entre otros, muletas, corsés especialmente diseñados, aparatos ortopédicos para las piernas, férulas para las extremidades y andadores. A los efectos de la prestación médica, esta definición **no** incluye aparatos ortopédicos dentales. Consulte también las definiciones de Equipo médico duradero, Suministros no duraderos y Aparato (o dispositivo) protésico.

Empleador participante

Empleador participante hace referencia a cualquier empleador o sucesor interesado en dicho empleador que se suscribe al Acuerdo de fideicomiso y se obliga a contribuir al Plan y es aceptado para participar en el Plan por la Junta de Fideicomisarios del JBT.

Médico

Una persona con licencia legal como Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Osteopatía (DO) o Doctor en Medicina Podológica (DPM), y autorizado para practicar la medicina, realizar cirugía y administrar medicamentos, según las leyes del estado o jurisdicción en donde se prestan los servicios y que actúa dentro del alcance de su licencia. Consulte también la definición de Quiropráctico, Dentista y Médico profesional de la salud

Colocado en adopción

Un niño es “colocado en adopción” con usted en la fecha en que se vuelve legalmente obligado por primera vez a brindar manutención total o parcial al niño que planea adoptar.

Plan

Plan hace referencia al Plan de salud y bienestar del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos para los empleados bajo el Plan de Beneficios Médicos Temporales y que alcanzaron una antigüedad de tres años antes del 30 de junio de 2003, según como haya sido enmendado y reformulado.

Administrador del Plan/patrocinador del Plan

Administrador del Plan hace referencia a la Junta de Fideicomisarios del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos.

Plan sin una disposición de coordinación de beneficios

Plan sin una disposición de coordinación de beneficios hace referencia a un plan o subplan con una disposición de coordinación que los Fideicomisarios del JBT consideran que tiene la intención de restringir o limitar los beneficios debido a la existencia del Plan JBT para Empleados Bajo el Plan de Beneficios Médicos Temporales.

Año del plan

Año del Plan hace referencia al período de doce meses que empieza cada 1 de mayo y termina el 30 de abril del año siguiente.

Farmacéutico

Consulte Farmacéutico autorizado.

Autorización previa

La autorización previa es un procedimiento de revisión realizado por una empresa de revisión bajo contrato con el JBT, **antes** de que se presten los servicios para garantizar que los servicios de atención médica cumplan o superen los estándares aceptados de atención y que el servicio, admisión y/o duración de la estadía en un centro de atención médica sean apropiados y médicamente necesarios. Durante el proceso de autorización previa, la compañía de revisión también puede proporcionar orientación sobre la ubicación de los proveedores dentro de la red. La autorización previa también se conoce como predeterminación, revisión previa al servicio, autorización previa, certificación previa, autorización previa, autorización previa, revisión previa a la admisión o aprobación previa.

Medicamento recetado

Consulte Medicamento.

Producers Alliance of California

Producers Alliance of California (“PAC”), anteriormente California Processors, Inc. es una asociación de empleadores que se dedica al procesamiento de frutas y verduras.

Dispositivo protésico (o dispositivo)

Un tipo de aparato correctivo o dispositivo diseñado para reemplazar todo o una sección de una parte del cuerpo faltante, incluyendo, entre otros, miembros y ojos artificiales o marcapasos cardíaco. Consulte también las definiciones de Equipo médico duradero, Suministros no duraderos y Aparato (o dispositivo) ortopédico.

Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO)

Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO) hace referencia a una orden de manutención médica emitida por un tribunal de jurisdicción competente o mediante un proceso administrativo establecido bajo la ley estatal que tiene la fuerza y el efecto de la ley en ese estado, y que crea o reconoce la existencia del derecho del niño a, o le asigna a un niño el derecho a, recibir beneficios para los cuales un participante del Plan es elegible. El Administrador del Plan debe determinar que la orden está calificada bajo los términos de la ERISA y la ley estatal aplicable.

Servicios de rehabilitación

Terapia física, ocupacional o del habla prescrita por un médico cuando la función corporal ha sido restringida o disminuida como resultado de una enfermedad, lesión o cirugía, con el objetivo de mejorar o restaurar la función corporal en un grado significativo y medible hasta el máximo como razonable y médicamente posible a la condición que existía antes de la lesión, enfermedad o cirugía, y que la realiza un terapeuta autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia. Rehabilitación no tiene el mismo significado que Habilidad. La rehabilitación se enfoca en restaurar/recuperar funciones que se han perdido debido a una lesión o enfermedad, mientras que la habilidad se enfoca en la terapia para ayudar a una persona a lograr ciertas funciones que nunca ha adquirido, como la terapia del habla para ayudar a un niño a hablar. Consulte también la definición de Habilidad. Consulte el Anexo de beneficios médicos (Capítulo 6) para determinar hasta qué punto están cubiertos los Servicios de rehabilitación.

1. **Rehabilitación activa** hace referencia a la terapia en la que un paciente, que tiene la capacidad de aprender y recordar, **participa de forma activa** en la rehabilitación que tiene la intención de proporcionar una mejora significativa y medible de un individuo que está restringido y que no puede realizar una función corporal normal.
2. **Rehabilitación de mantenimiento** hace referencia a la terapia en la que un paciente participa de forma activa, que se proporciona después de que el paciente ha alcanzado los objetivos funcionales de la rehabilitación activa, de modo que no se anticipa de forma razonable y desde el punto de vista médico una mejora continua significativa y medible, pero en la cual se puede prescribir una terapia adicional de una naturaleza menos intensa y de menor frecuencia a fin de mantener, apoyar y/o preservar el nivel funcional del paciente. **La rehabilitación de mantenimiento no está cubierta por el Plan.**

3. **Rehabilitación pasiva** hace referencia a la terapia en la que un paciente **no** participa de forma activa porque no tiene la capacidad de aprender y/o recordar (es decir, tiene un déficit cognitivo), o está en coma o es incapaz física o mentalmente de participar de forma activa. La rehabilitación pasiva puede estar cubierta por el Plan, pero solo durante un curso de hospitalización para cuidados agudos. Las técnicas de rehabilitación pasiva se enseñan comúnmente a la familia/cuidadores para que las empleen de forma ambulatoria con el paciente cuando y hasta el momento en que el paciente pueda lograr la rehabilitación activa. **La hospitalización continua con el único propósito de brindar rehabilitación pasiva no se considerará médicamente necesaria para los fines de este plan.**

Programa/Centro/Atención de tratamiento residencial para la salud mental

El Programa/Centro/Atención de tratamiento residencial para la salud mental es un entorno intermedio no hospitalario para pacientes internados con atención las 24 horas que opera los 7 días de la semana, para personas con trastornos de salud del comportamiento, incluyendo trastornos mentales (psiquiátricos) que no pueden tratarse de manera segura y eficaz en forma ambulatoria. Para ser considerado pagadero por este Plan, una instalación debe tener una licencia como instalación de tratamiento residencial (los requisitos de licencia para este nivel residencial de atención pueden variar según el estado). Además de la licencia, el centro de tratamiento residencial también debe tener una evaluación completa por escrito del paciente al momento de la admisión para incluir la elegibilidad e idoneidad para la admisión, proveedores de salud conductual con licencia en el lugar que brinden al menos 20 horas a la semana de consejería individual y grupal, y acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a los servicios médicos y de medicamentos recetados necesarios, junto con los criterios de alta con un resumen de alta por escrito.

Programa/Centro/Atención de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias

El Programa/Centro/Atención de tratamiento residencial es un entorno intermedio de internación no hospitalaria con atención las 24 horas que opera los 7 días de la semana, para personas con trastornos por uso/abuso de sustancias (alcohol/drogas) que no pueden ser manejados de manera segura y efectiva en atención ambulatoria. Para ser considerado pagadero por este Plan, una instalación debe tener una licencia como instalación de tratamiento residencial en el estado en el que opera (los requisitos de licencia para este nivel residencial de atención pueden variar según el estado), desarrollar planes de tratamiento para personas que sufren de abuso de sustancias/abusar de los trastornos y proporcionar servicios que incluyan desintoxicación, consejería grupal e individual por parte de personal acreditado y planificación de cuidados posteriores.

Centro de enfermería especializada (SNF)

Centro de enfermería especializada hace referencia a un centro o una parte distinta de una institución que está aprobado como Centro de enfermería especializada bajo Medicare o que está establecido, autorizado y opera de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales aplicables y que cumple con las siguientes condiciones:

1. Brinda atención de enfermería especializada y de apoyo a pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de atención de enfermería especializada de forma extendida, y
2. Proporciona atención hospitalaria las 24 horas y, como mínimo, incluye un médico, enfermería especializada, servicios dietéticos, farmacéuticos y un programa de actividades.

Un centro de enfermería especializada **no** es una institución que se utiliza principalmente como un centro de descanso o un centro para ancianos, drogadictos, alcohólicos, discapacitados mentales, cuidado de custodia o educativo, o para el cuidado de trastornos mentales. Un centro de enfermería especializada no es un centro de cuidados paliativos (hospicio), tal como se definió anteriormente en esta sección.

Cónyuge

El Cónyuge de un empleado o jubilado significa una persona del sexo opuesto o del mismo sexo con quien el empleado está legalmente casado. A los efectos de este Plan, el término “Cónyuge” incluye a una pareja de hecho. Los cónyuges no son elegibles para los beneficios del Plan.

Hijastro

Para propósitos de cobertura bajo este Plan, Hijastro es el hijo biológico, hijo legalmente adoptado o hijo colocado en adopción con el Cónyuge de un Empleado. Para propósitos de este Plan, el término “Hijastro” incluye un hijo biológico, un hijo legalmente adoptado o un hijo colocado en adopción con la pareja doméstica de un empleado.

Se requerirá prueba de estado de dependiente (es decir, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, orden judicial firmado por el juez que demuestre que el cónyuge del empleado ha adoptado o tiene la intención de adoptar al niño, según corresponda).

Centro de cuidados subagudos/Centro de cuidados agudos a largo plazo

Un centro público o privado, ya sea independiente, en un hospital o en un centro de enfermería especializada o como un centro independiente, con licencia y que opera de acuerdo con la ley y autorizado para brindar atención subaguda, que principalmente se proporciona, inmediatamente después o en su lugar de la atención aguda, atención integral para pacientes hospitalizados para una persona que ha tenido una enfermedad aguda, lesión o exacerbación de un proceso patológico, con el objetivo de dar de alta al paciente después de un período limitado de confinamiento en el hogar del paciente o en un centro de enfermería especializada adecuado, y que cumpla **todos** los requisitos siguientes:

1. Está acreditado por The Joint Commission (TJC) como un centro de cuidados subagudos o está reconocido por Medicare como un centro de cuidados subagudos; y
2. Mantiene en sus instalaciones todas las instalaciones necesarias para la atención y el tratamiento médico; y
3. Brinda servicios bajo la supervisión de médicos; y
4. Brinda servicios de enfermería por o bajo la supervisión de una Enfermera registrada con licencia; y
5. No es (salvo incidentalmente) un lugar de descanso, atención domiciliaria (centro de atención de vida asistida no especializada/con custodia) o atención de personas mayores, alcohólicas, ciegas, sordas, drogadictas, deficientes mentales o que padecen de tuberculosis; y
6. No es un hotel ni un motel.

El Centro de atención subaguda a veces se denomina hospital de especialidades o centro de cuidados posteriores a agudos, o centro de cuidados agudos a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés).

Abuso de sustancias/trastorno por uso de sustancias

Una dependencia psicológica y/o fisiológica o adicción al alcohol, drogas o medicamentos, independientemente de cualquier causa física u orgánica subyacente, y/u otra dependencia a las drogas, según se define en la edición actual del manual de la ICD o se identifica en la edición actual del Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Consulte las definiciones de trastornos de la salud conductual y dependencia de sustancias químicas.

Cirugía

Cualquier procedimiento quirúrgico o de diagnóstico que se realice para el tratamiento de una lesión o enfermedad mediante un instrumento o procedimiento de corte a través de una incisión o cualquier abertura natural del cuerpo. Cuando se realiza más de un procedimiento quirúrgico a través de la misma incisión o campo operatorio o en la misma sesión operatoria, el Administrador del Plan o su designado determinará qué procedimientos quirúrgicos se considerarán procedimientos separados y cuáles se considerarán incluidos como procedimiento único con el propósito de determinar los beneficios del Plan. Cuando los procedimientos se consideren procedimientos separados, se permitirán los siguientes porcentajes del Cargo permitido como beneficio del Plan:

1. Subsidios para múltiples cirugías a través de la misma incisión o campo operatorio:

Procedimiento primario	100% del cargo permitido
Procedimientos secundarios y adicionales	50% del cargo permitido por procedimiento

2. Subsidios por múltiples cirugías a través de incisiones o campos operatorios separados realizados en la misma sesión operatoria:

Procedimiento primario del primer sitio	100% del cargo permitido
Procedimientos secundarios y adicionales del primer sitio	50% del cargo permitido por procedimiento

Procedimientos primarios y adicionales del segundo sitio	50% del cargo permitido por procedimiento
--	---

3. Para múltiples cirugías realizadas en la misma sesión operatoria por múltiples médicos, cada uno con una especialidad única (por ejemplo, un neurocirujano, un cirujano cardiorácico, un cirujano ortopédico), los procedimientos de cada cirujano se pagarán de acuerdo con lo siguiente:

Procedimiento primario del primer sitio	100% del cargo permitido
Procedimientos secundarios y adicionales del primer sitio	50% del cargo permitido por procedimiento
Procedimientos primarios y adicionales del segundo sitio	50% del cargo permitido por procedimiento

Teamsters California State Council of Cannery and Food Processing Unions, International Brotherhood of Teamsters

Consulte la definición de “Cannery Council”.

Trasplante

La transferencia de órganos completos o parciales (como el corazón, riñón, hígado) o tejido/células vivos (como médula ósea, células madre periféricas, córnea, piel, tendón o hueso) de un donante a un receptor con la intención de mantener la integridad funcional del órgano o tejido trasplantado en el receptor.

Fideicomiso

Fideicomiso hace referencia al Fideicomiso de Beneficios Conjuntos (“JBT”).

Fideicomisarios o Junta de Fideicomisarios

Fideicomisarios o Junta de Fideicomisarios hace referencia a la Junta de Fideicomisarios del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos establecido por el Acuerdo de Fideicomiso.

Acuerdo de Fideicomiso

Acuerdo de Fideicomiso hace referencia al Acuerdo y Declaración de Fideicomiso que establece el Fideicomiso de Beneficios Conjuntos y cualquier modificación, enmienda, extensión o renovación del mismo.

Sindicato

Sindicato hace referencia al Teamsters California State Council of Cannery and Food Processing Unions, International Brotherhood of Teamsters y sus sindicatos locales afiliados.

Visualmente necesario

Las lentes de contacto se consideran visualmente necesarias únicamente por las siguientes razones:

1. Después de una cirugía de cataratas; o
2. La agudeza visual no se puede mejorar a al menos 20/70 en el mejor ojo, incluso con el uso de anteojos.

Los lentes de contacto que no cumplen con los criterios anteriores se consideran “no visualmente necesarios” sino electivos (cosméticos).

Ordenes Calificadas de Manutención Médica de Menores (QMCSO) (Regla especial para la inscripción)

1. De acuerdo con la ley federal, una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores es una sentencia, decreto u orden (emitida por un tribunal o resultante de un procedimiento administrativo estatal) que crea o reconoce los derechos de un niño, también llamado el “destinatario alternativo”, a recibir beneficios de un plan de salud grupal, que por lo general es el plan del padre no custodio. La QMCSO por lo general exige que el Plan reconozca al niño como dependiente aunque no cumpla con la definición de dependiente del Plan. Este Plan proporcionará beneficios de acuerdo con un Aviso Nacional de Apoyo Médico. En este documento se utiliza el término QMCSO e incluye el cumplimiento de un Aviso Nacional de Apoyo Médico. Una QMCSO por lo general resulta de un divorcio o separación legal y, por lo general:
 - Designa a uno de los padres para que pague la cobertura del plan de salud de un niño;
 - Indica el nombre y la última dirección conocida del padre que debe pagar la cobertura y el nombre y la dirección postal de cada niño cubierto por la QMCSO;
 - Contiene una descripción razonable del tipo de cobertura que se brindará según el plan de atención médica del padre designado o la forma en que se determinará dicho tipo de cobertura;
 - Indica el período para el cual se aplica la QMCSO; y
 - Identifica cada plan de atención médica al que se aplica la QMCSO.
2. Una orden no es una QMCSO si requiere que el Plan proporcione cualquier tipo o forma de beneficio o cualquier opción de beneficio que el Plan no brinde de otra manera, excepto según lo exijan las leyes estatales de manutención de menores relacionadas con Medicaid. Para que una orden de una agencia administrativa estatal sea una QMCSO, la ley estatutaria del estado debe estipular que dicha orden tendrá la fuerza y el efecto de la ley, y la orden debe emitirse a través de un proceso administrativo establecido por la ley estatal.
3. Si un tribunal o agencia administrativa estatal ha emitido una orden con respecto a la cobertura de atención médica para cualquier hijo dependiente del empleado, el administrador del plan o su designado determinará si esa orden es una QMCSO, según lo define la ley federal. Esa determinación será vinculante para el empleado, el otro padre, el niño y cualquier otra parte que actúe en nombre del niño. El Administrador del Plan o su designado notificará a los padres y a cada niño si se determina que una orden es una QMCSO, y si el empleado está cubierto por el Plan, y les informará sobre los procedimientos a seguir para brindar cobertura al Hijo dependiente.
4. **Inscripción relacionada con una QMCSO válida:** Si el Plan ha determinado que un pedido es una QMCSO válida, aceptará la inscripción del destinatario alternativo a partir de la fecha especificada en la QMCSO o, si no se especifica, el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud de inscripción especial, sin tener en cuenta restricciones de inscripción típicas.
 - a. **Si el empleado ya es participante del plan,** la QMCSO puede requerir que el Plan proporcione cobertura para los hijos dependientes del empleado y que acepte contribuciones para esa cobertura de un padre que no sea participante del Plan. El Plan aceptará una Inscripción Especial del destinatario alternativo especificado por la QMCSO de parte del empleado o del padre con custodia. La cobertura del destinatario alternativo entrará en vigencia a partir de la fecha especificada en la QMCSO o, si no se especifica, el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud de inscripción especial. La cobertura estará sujeta a todos los términos y disposiciones del Plan, incluyendo los requisitos para la autorización de servicios, según lo permita la ley aplicable.
 - b. **Si el empleado todavía no es participante del Plan** cuando se recibe la QMCSO, pero es elegible para la cobertura, y si la QMCSO ordena al empleado que proporcione cobertura al destinatario alternativo, el Plan aceptará una Inscripción especial del empleado y el destinatario alternativo especificado por la QMCSO. La cobertura del empleado y el destinatario alternativo entrará en vigencia a partir de la fecha especificada en la QMCSO o, si no se especifica, el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud de inscripción especial. La cobertura estará sujeta a todos los términos y disposiciones del Plan, incluyendo los requisitos para la autorización de servicios, según lo permita la ley aplicable.

5. **Terminación de la cobertura:** Por lo general, la cobertura bajo el Plan termina para un beneficiario alternativo cuando finaliza el período de cobertura requerido por la QMCSO o por las mismas razones que termina la cobertura bajo el Plan para otros hijos dependientes. Esto incluye la terminación de la cobertura por no pagar las contribuciones requeridas. Cuando finaliza la cobertura, los destinatarios alternativos pueden ser elegibles para la Continuación de Cobertura de COBRA. Consulte también el capítulo COBRA de este documento.
6. **Información adicional:** Para obtener información adicional o una copia completa de los procedimientos de la QMCSO (sin cargo) con respecto a los procedimientos para la administración de la QMCSO, comuníquese con la Oficina administrativa.

APÉNDICE B - INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Este Plan cumple con la ley federal con respecto a la inscripción especial porque todos los empleados elegibles y sus hijos dependientes elegibles se inscriben de forma automática en este plan tan pronto como se cumplen los requisitos de elegibilidad del plan. No hay opción para rechazar la cobertura. Para obtener más información sobre la inscripción especial bajo este Plan, comuníquese con la Oficina administrativa.

Si está inscrito para cobertura bajo este Plan y si adquiere un Hijo dependiente por nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede solicitar la inscripción de su Dependiente recién adquirido a más tardar 31 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si es elegible para la cobertura pero todavía no está inscrito para cobertura bajo este Plan y usted adquiere un Hijo dependiente por nacimiento, adopción o colocación en adopción o matrimonio (y es elegible para inscribir al dependiente según los términos de este Plan), puede solicitar inscripción para usted y/o su(s) nuevo(s) Hijo(s) dependiente(s) a más tardar 31 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Si usted, el empleado, todavía no está inscrito para la cobertura, debe solicitar su inscripción para inscribir a un nuevo dependiente.

Pérdida de otra cobertura

Si no solicitó la inscripción en este Plan para usted y sus hijos dependientes dentro de los **31 días** después de la fecha en la que se ofreció previamente la cobertura bajo el Plan porque usted o ellos tenían cobertura de atención médica bajo otro plan de salud grupal o póliza de seguro médico (incluyendo la Continuación de Cobertura de COBRA), ciertos tipos de seguro médico individual (incluyendo la cobertura comprada a través de un Intercambio o Mercado de Salud como Covered California), Medicare u otro programa público y usted y/o cualquier Hijo dependiente **pierde la cobertura** bajo ese otro plan de salud grupal o póliza de seguro de salud; puede solicitar la inscripción para usted y cualquier hijo dependiente dentro de **31 días** después de la terminación de su cobertura bajo ese otro plan de salud grupal o póliza de seguro de salud **si** esa otra cobertura terminó debido a:

- pérdida de elegibilidad para esa cobertura, incluyendo la pérdida resultante de la separación legal, divorcio, fallecimiento, terminación voluntaria o involuntaria del empleo o reducción de horas (pero sin incluir la pérdida debido a que el empleado no pagó las primas de manera oportuna o la terminación de la otra cobertura por causa); o
- terminación de las contribuciones del empleador para esa otra cobertura (la reducción de un empleador, pero no el cese de las contribuciones, no desencadena un derecho a inscripción especial); o
- el seguro médico que se proporcionó bajo la Continuación de Cobertura de COBRA, y dicha cobertura de COBRA **“se agotó”**; o
- mudarse fuera de un área de servicio de HMO si la cobertura de HMO terminó por ese motivo y, para la cobertura de grupo, no hay otra opción disponible bajo el otro plan; o
- el otro plan deja de ofrecer cobertura a un grupo de personas en situación similar; o
- la pérdida de la condición de dependiente según los términos del otro plan; o
- la terminación de una opción de paquete de beneficios bajo el otro plan, a menos que se ofrezca una cobertura sustitutiva.

La Continuación de Cobertura de COBRA **“se agota”** si cesa por cualquier motivo que no sea el hecho de que la persona no pague la prima de COBRA correspondiente de manera oportuna, o por una causa (como hacer un reclamo fraudulento o una tergiversación intencional de un hecho importante en relación con esa Continuación de Cobertura de COBRA). El agotamiento de la Continuación de Cobertura de COBRA también puede ocurrir si la cobertura cesa:

- debido a que el empleador u otra entidad responsable no remitió las primas de manera oportuna.
- cuando el empleador u otra entidad responsable termine el plan de atención médica y no haya otra Continuación de Cobertura de COBRA disponible para el individuo;
- cuando el individuo ya no reside, vive o trabaja en un área de servicio de un HMO o programa similar (ya sea por elección del individuo o no) y no hay otra Continuación de Cobertura de COBRA disponible para el individuo; o

- porque el período de 18, 29 o 36 meses de la Continuación de Cobertura de COBRA ha expirado.

Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este Plan si usted (o sus dependientes elegibles):

- tienen cobertura a través e **Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)** y usted (o sus dependientes) **pierde la elegibilidad para esa cobertura**. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en este Plan dentro de los **60 días** una vez que finalice la cobertura de Medicaid o CHIP; o
- se vuelven **elegibles para un programa de asistencia para las primas a través de Medicaid o CHIP**. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en este Plan dentro de los **60 días** una vez que se determine que usted (o sus dependientes) son elegibles para dicha asistencia con las primas.

Inicio de la cobertura después de la inscripción especial:

Cobertura de una persona que se inscribe debido a la pérdida de otra cobertura: Si la persona solicita inscripción especial **dentro de los 31 días** de la fecha del evento que creó la oportunidad de inscripción especial, (excepto para un recién nacido y un niño recién adoptado o debido a Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP), (se analiza más adelante) por lo general la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha en que el Plan reciba la solicitud de inscripción especial.

Si el individuo solicita inscripción **dentro de 60 días** de la fecha de la oportunidad de inscripción especial relacionada con **Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)**, por lo general, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que permitió esta oportunidad de inscripción especial.

