

PLAN DE BENEFICIOS POR TEMPORADA DEL FIDEICOMISO DE BENEFICIOS CONJUNTOS (JBT)

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN (SPD)/DOCUMENTO DEL PLAN

Enmendado, reformulado y efectivo el **1 de enero de 2025**

ÍNDICE

MENSAJE DE LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS	2
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 2: TABLA DE REFERENCIA RÁPIDA	4
CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN	6
CAPÍTULO 4: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA	14
CAPÍTULO 5: BENEFICIOS DENTALES.....	24
CAPÍTULO 6: BENEFICIOS DE LA VISTA - SOLO PARA EMPLEADOS	37
CAPÍTULO 7: EXCLUSIONES GENERALES DEL PLAN	45
CAPÍTULO 8: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)	47
CAPÍTULO 9: PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES	53
CAPÍTULO 10: DISPOSICIONES GENERALES E INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA	71
CAPÍTULO 11: DEFINICIONES	81
APPENDIX A - QMCSO.....	87

MENSAJE DE LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Este documento describe los beneficios dentales y de la vista autofinanciados del Plan de Beneficios por Temporada de Salud y Bienestar del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos disponible para los empleados **que alcanzaron la antigüedad de 3 años a partir del 1 de julio de 2003 (en adelante, los empleados del Plan de Beneficios por Temporada)**. 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 para el Plan de Beneficios por Temporada relacionado 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 bajo el Plan de Beneficios por Temporada que alcanzaron una antigüedad de 3 años el o después del 1 de julio de 2003 y sus dependientes elegibles.

El Fideicomiso de Beneficios Conjuntos también ofrece beneficios a empleados de tiempo completo elegibles, empleados de tiempo completo jubilados y empleados por temporada que alcanzaron una antigüedad de 3 años antes del 1 de julio de 2003. 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 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 10: 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 2025**. 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 7: Exclusiones generales del plan y el Capítulo 11: Definiciones.

Este Plan proporciona beneficios dentales y de la vista. No proporciona beneficios médicos. También es importante tener en cuenta que no todos los gastos dentales o de la vista en los que incurra están cubiertos por este Plan.

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, 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 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 reclamo dental • Tabla de asignaciones dentales • Presentar reclamos y apelaciones dentales • Preguntas sobre elegibilidad (incluyendo la elegibilidad para beneficios dentales y de la vista) • Información de beneficios del Plan • Solicitar autorización previa de servicios dentales • 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 100 Dublin, CA 94568-7755 <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 100 Dublin, CA 94568-7755
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 100 Dublin, CA 94568-7755
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

Tabla de referencia rápida	
Información necesaria:	Contacto:
Funcionario de privacidad y funcionario de seguridad de HIPAA Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA	Funcionario de privacidad Health Services & Benefit Administrators (HS&BA) 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357) Dirección postal: Funcionario de privacidad de HS&BA o funcionario de seguridad de HS&BA 4160 Dublin Boulevard, Suite 100 Dublin, CA 94568-7755

CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN

ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO	7
¿Quién es elegible?	7
¿Cuándo empieza la cobertura?	7
¿Cuándo finaliza la cobertura dental?	7
COBERTURA DE LA VISTA	8
Inscripción de empleados	8
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN DE HIJO DEPENDIENTE	8
Elegibilidad de hijos dependientes (solo cobertura dental)	8
Definición de hijo dependiente y documentos de inscripción	9
Inscripción de hijos dependientes	10
Inscripción mientras está en COBRA	10
INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL.....	11
OTRA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA COBERTURA Y LA INSCRIPCIÓN	11
Licencia médica y familiar	11
Licencia militar y USERRA	11
MANTENGA ACTUALIZADO AL PLAN.....	13

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:

- Usted alcanzó una antigüedad de 3 años el 1 de julio de 2003 o después en virtud de 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?

La cobertura **dental** para usted y sus dependientes cubiertos empieza el primer día del mes en que se cumplen todas las condiciones anteriores de “¿Quién es elegible?”.

La cobertura **de la vista** *no* cubre a sus dependientes y usted califica después de cumplir con todas las condiciones anteriores de “¿Quién es elegible?”. Sin embargo, **la cobertura de la vista no empieza hasta el primer día del año calendario siguiente**. No importa si regresa a trabajar el año siguiente: su cobertura seguirá vigente durante todo el año, independientemente de ello.

Por ejemplo, si trabaja al menos 80 horas en agosto de 2025, será elegible para recibir beneficios de la vista a partir del 1 de enero de 2026 durante todo el año calendario 2026. Esto es cierto incluso si no trabaja 80 horas en ningún mes de 2026.

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

¿Cuándo finaliza la cobertura dental?

La **cobertura dental finaliza** el último día del mes en el que ocurra por primera vez cualquiera de las siguientes situaciones:

- ingresa a las Fuerzas Armadas (la milicia) en servicio activo a tiempo completo;
- ya no es elegible para participar en el Plan;
- su empleador deja de hacer las contribuciones necesarias para su cobertura;
- se produce su fallecimiento;
- el segundo mes después del último mes en que trabajó 80 horas; o
- la fecha en que se descontinúa el Plan.

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

Ejemplos de cómo finaliza la cobertura dental:

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

Ejemplo: El Plan tiene una regla especial para **Planes de Tratamiento Aprobados**. Si su dentista presenta un plan de tratamiento basado en el trabajo que se completa 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.

Su dentista presenta un plan de tratamiento basado en el trabajo de diagnóstico realizado durante octubre y noviembre de 2025 y el plan de tratamiento es aprobado. Los procedimientos aprobados que se completen durante noviembre (el mes de gracia) y diciembre de 2025, enero de 2026 y febrero de 2026 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 que formen parte del Plan de Tratamiento Aprobado.

Cobertura de la vista

Si no trabaja 80 horas en un mes durante el transcurso del año calendario, sus beneficios de la vista finalizarán el 31 de diciembre del año calendario en el que empezaron.

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 la Oficina administrativa reciba el formulario, todo reclamo realizado después de la fecha inicial de elegibilidad, incluyendo los reclamos realizados antes de que se completara la inscripción, se pagará de acuerdo con las reglas del plan.

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 recibir beneficios dentales, 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 de hijos dependientes (solo cobertura dental)

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.
Beneficiario alternativo bajo una 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, el nieto de un empleado, a menos que el empleado haya adoptado a su nieto o haya sido designado su tutor legal), 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 el último año calendario en el que realizó trabajo por temporada inmediatamente antes de cumplir 26 años;
- 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 ya existía antes de cumplir 26 años; 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 era elegible en agosto y porque los niños no estaban 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, incluyendo 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 colocados en adopción con 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 la 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 julio. Pierde la cobertura en octubre de 2020 y elige COBRA. Debido a que su hijo dependiente no está inscrito en el momento en que perdió la cobertura (debido al certificado de nacimiento faltante), no podrá inscribirse hasta julio de 2021, el próximo período anual de inscripción abierta.

Inscripción abierta anual

El Período de Inscripción Abierta es el período de tiempo designado cada año por la Junta de Fideicomisarios durante el cual, si usted está en COBRA, 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, incluyendo el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, la Guardia Nacional, la Fuerza Espacial, 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 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 la 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.

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.

CAPÍTULO 4: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LA COBERTURA DE COBRA?	15
ADMINISTRADOR DE COBRA	16
ELECCIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA	16
CUANDO EMPIEZA LA COBERTURA DE COBRA	17
Período máximo de Continuación de Cobertura de COBRA	17
Procedimiento para notificar al Plan sobre un Evento calificativo (información muy importante)	17
Avisos relacionados con la Continuación de Cobertura de COBRA	19
CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA PROPORCIONADA	19
Pagar por la cobertura	19
Déficit de pago de COBRAS	20
Pago de reclamos	20
Confirmación de cobertura antes de la elección o pago del costo de la Continuación de Cobertura de COBRA.....	20
ADICIÓN DE NUEVAS PERSONAS DEPENDIENTES	20
PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE OTRO PLAN DE SALUD GRUPAL	21
EXTENSIONES PARA PERÍODOS DE COBERTURA DE COBRA DE 18 MESES	21
Extensión por segundo evento calificativo	21
Extensión por discapacidad	22
¿CUÁNDO FINALIZA LA COBERTURA DE COBRA?	22
Aviso de terminación anticipada de COBRA.....	23
PREGUNTAS SOBRE COBRA	23

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.

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 del número de horas 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 continúa trabajando aunque tenga derecho a Medicare), entonces COBRA no está disponible. **PARA ESTE PROPÓSITO, SU DESPIDO Y PÉRDIDA DE LA COBERTURA PAGADA POR EL EMPLEADOR AL FINAL DE SU TRABAJO POR TEMPORADA PARA EL AÑO CALENDARIO 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 que la cobertura de atención médica finalice	Duración de COBRA para Beneficiarios calificados ¹	
	Empleado	Hijo(s) Dependiente(s)
El empleado termina su relación laboral, 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 del trabajo por temporada durante el año calendario.	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.

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 23 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	Usted 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, perderá el derecho a elegir 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	Dental y de la vista solo para empleados.
Muerte 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 Solo dental.

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. 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 un aviso oportuno, 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 Solo dental.

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 calificador 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 calificador.**

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 calificador, la fecha del evento y la documentación adecuada que respalde el Evento calificador, 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 la Cobertura de Continuación de COBRA.

Su empleador debe notificar a la Oficina administrativa dentro de los 31 días posteriores a estos eventos: muerte de un empleado, finalización del empleo, incluyendo la jubilación, o reducción de horas que hacen 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 ese aviso.

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, usted tendrá derecho a la misma cobertura dental y de la vista solo para empleados 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 cada mes. 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 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 4) **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 no se recibe el primer pago 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 dental y de la vista 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 de forma oportuna a 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.

Déficit insignificante 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 4.

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 dentro de los períodos de tiempo establecidos, 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.

Confirmación de cobertura antes de la elección o pago del costo de la Continuación de Cobertura de COBRA

Si un proveedor de atención dental o de la vista 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.

Adición de 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 por 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.

¿Cuándo 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. 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;
- e. 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.
- f. La fecha en que el JBT ya no brinde cobertura médica grupal a ningún Participante bajo este Plan.

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.

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 individual una vez que COBRA finaliza en virtud de este Plan.

CAPÍTULO 5: BENEFICIOS DENTALES

GASTOS DENTALES CUBIERTOS.....	25
DENTALEXPLICACIÓN DE LOS GASTOS DENTALES QUE NO SE PAGARÁN	25
RED DENTAL.....	25
¿CUÁNTO PAGA EL BENEFICIO DENTAL?	26
Deducible por año calendario	26
Beneficios dentales máximos anuales	26
Predeterminación de los beneficios dentales	26
EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DENTAL DEL JBT.....	27
ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES.....	27
Medicamentos recetados necesarios para fines dentales	32
SERVICIOS DENTALES NO CUBIERTOS.....	32
General	32
Diagnóstico preventivo.....	33
Restaurativo.....	33
Endodoncia.....	34
Periodontal.....	34
Prostodoncia.....	34
Cirugía oral	35
PRESENTAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS DENTALES/APELACIÓN DE UN RECLAMO DENEGADO	35

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.

Gastos dentales cubiertos

Hay 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 del Plan es un cargo permitido por el procedimiento menos cualquier deducible no cubierto. 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);
- Todavía no ha alcanzado el máximo anual del Plan.

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 están en la red JBT **no** han acordado aceptar el Cargo Dental Permitido como pago total. Es posible que le cobren más que los montos de beneficios pagaderos según el Beneficio dental. En este caso, usted deberá pagar cualquier monto que exceda el porcentaje cubierto del Cargo Permitido del Plan.

Red Dental

Proveedores de la 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 de forma gratuita comunicándose con la Oficina administrativa o visitando el sitio web del Fondo en www.jointbenefittrust.com. Para recibir servicios, simplemente llame a un proveedor dental de la red e identifíquese como miembro del JBT.

Proveedores que no pertenecen a la red (fuera de la red): Puede recibir servicios de cualquier proveedor dental autorizado; sin embargo, este Plan pagará solo el 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.

Beneficios dentales máximos anuales

Los Beneficios dentales máximos anuales del Plan pagaderos por cualquier individuo cubierto por este Plan es de \$1,600 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

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 y el Plan es aprobado. 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 Capítulo 7: Exclusiones generales del plan y Capítulo 11: 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																														
Máximo anual - 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.		\$1,600 por persona																															
Deducible - 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																															
Una vez que haya alcanzado su deducible anual, el Plan paga hasta el 100% del cargo permitido por los gastos dentales elegibles y usted es responsable de pagar el resto.	Ejemplo: <table><thead><tr><th></th><th>Dentro de la red</th><th>Fuera de la red</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cargo</td><td>\$500</td><td>\$500</td></tr><tr><td>Cargo permitido 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 (100% del saldo)</td><td>250</td><td>250</td></tr><tr><td>Costo de bolsillo</td><td></td><td></td></tr><tr><td> Deducible</td><td></td><td></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>50</td><td>250</td></tr></tbody></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 como se muestra en la Tabla de asignaciones	300	300	Menos deducible	(50)	(50)	Saldo	250	250	Beneficio (100% del saldo)	250	250	Costo de bolsillo			Deducible			Diferencia entre cargo y monto permitido	-0-*	200	Costo total de bolsillo	50	250	Cobertura del 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible. Su costo de bolsillo es la suma del deducible, cualquier monto que resulte en un pago de beneficio superior a \$1,600. Y Cobertura del 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible. Su costo de bolsillo es la suma del deducible, cualquier monto que resulte en un pago de beneficio superior a \$1,600.	Cobertura del 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible. Su costo de bolsillo es la suma del deducible, cualquier monto que resulte en un pago de beneficio superior a \$1,600. Y Cualquier diferencia entre el cargo facturado y el Cargo permitido
	Dentro de la red	Fuera de la red																																
Cargo	\$500	\$500																																
Cargo permitido como se muestra en la Tabla de asignaciones	300	300																																
Menos deducible	(50)	(50)																																
Saldo	250	250																																
Beneficio (100% del saldo)	250	250																																
Costo de bolsillo																																		
Deducible																																		
Diferencia entre cargo y monto permitido	-0-*	200																																
Costo total de bolsillo	50	250																																

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

Esta tabla explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte Capítulo 7: Exclusiones generales del plan y Capítulo 11: 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>Atención preventiva/de diagnóstico</u> - 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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo
<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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% 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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% 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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% 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 Capítulo 7: Exclusiones generales del plan y Capítulo 11: 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>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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% 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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% 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 Capítulo 7: Exclusiones generales del plan y Capítulo 11: 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 solo 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 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible	Cobertura del 100% del cargo permitido una vez que alcance el deducible, más facturación del saldo

Medicamentos recetados necesarios para fines dentales

Los medicamentos recetados necesarios para fines dentales, como antibióticos, enjuagues bucales periodontales o analgésicos, no están cubiertos.

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.
- 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, 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 corrección de disfunción de la articulación temporomandibular (DTM).

- 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/ancilar 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 almacenamiento 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.
- 28) Medicamentos recetados necesarios para un propósito dental, como antibióticos o analgésicos y algunos medicamentos para un propósito dental (como enjuague bucal periodontal).

Diagnóstico preventivo

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

Restaurativo

- 40) Reemplazo de coronas perdidas o rotas dentro de los cinco años posteriores a la restauración.
- 41) Cargos por coronas cuando la impresión se toma en un mes no elegible, incluso si el servicio se completó en un mes elegible.
- 42) Cargos por coronas que no están instaladas, incluso si se ha tomado la impresión.
- 43) Restauraciones de resina compuesta en superficies linguales

- 44) Restauraciones de yeso cuando el diente se puede restaurar con una amalgama o con una restauración de resina compuesta.
- 45) Coronas provisionales.
- 46) Corona temporal para un diente fracturado.
- 47) Cargos por coronas en dientes cuando las radiografías o los gráficos periodontales indican la necesidad de un trabajo periodontal.
- 48) Coronas en presencia de cálculo residual macroscópico.
- 49) Restauraciones de resina compuesta en molares.
- 50) 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).
- 51) Dos restauraciones en una sola superficie dental durante una visita.
- 52) Restauraciones permanentes realizadas dentro de los dos meses posteriores a la remineralización (recalcificación).
- 53) Asignación para múltiples restauraciones en un diente que exceden el costo de una corona cubierta.
- 54) Coronas con márgenes defectuosos.
- 55) Empastes y coronas cuando existan grandes voladizos.

Endodoncia

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

Periodontal

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

Prostodoncia

- 63) 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.
- 64) 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.
- 65) Cargos por dentaduras postizas parciales fijas, dentaduras postizas parciales y completas removibles, que no se instalan incluso si se ha tomado la impresión.
- 66) Cargos por dentaduras postizas parciales fijas o removibles en los dientes cuando las radiografías o gráficos periodontales indican la necesidad de un trabajo periodontal.
- 67) Dentaduras postizas parciales fijas o removibles en presencia de cálculo residual macroscópico.
- 68) Cargos por extracción de prótesis parcial unilateral.
- 69) 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.
- 70) 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.
- 71) Dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para pacientes menores de 16 años.
- 72) Reemplazo de dientes posteriores faltantes cuando el espacio está en gran parte cerrado y ninguno de los dientes proximales requiere restauración de corona.
- 73) Reemplazo de dientes faltantes cuando el individuo tiene al menos 12 dientes posteriores en oclusión.
- 74) 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

- 75) Corrección quirúrgica mediante injertos para la retención de prótesis.
- 76) Extracción de la corona restante de un diente deciduo exfoliante cuando las raíces se reabsorban esencialmente.
- 77) Extracción de dientes esenciales y estratégicos que se pueden retener con terapia de endodoncia.
- 78) Extracción de dientes que se pueden retener para evitar la conversión innecesaria de un paciente a edentulismo (parcial o completo).
- 79) Prótesis de aumento de paladar, prótesis de elevación de paladar.
- 80) Reducción de la dislocación y tratamiento de un trastorno temporomandibular (que no sea la reducción abierta o cerrada de la dislocación).
- 81) Implantes de endoóseo.
- 82) 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 7: Exclusiones generales del plan.

Presentar un 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 después de 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 inicio 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 9: Procedimientos de reclamos y apelaciones.

CAPÍTULO 6: BENEFICIOS DE LA VISTA - SOLO PARA EMPLEADOS

RED DE LA VISTA..... 38

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON ESTE BENEFICIO DE LA VISTA..... 38

EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE LA VISTA..... 42

LIMITACIONES DE BENEFICIOS DE LA VISTA..... 43

PRESENTAR UN RECLAMO DE LA VISTA/APELAR UN RECLAMO DENEGADO 44

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.

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

Red de la vista

JBT tiene contrato con una red independiente de proveedores de la vista (conocida como red Advantage de Vision Service Plan) 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 de 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). Puede encontrar una lista actualizada de proveedores de la red Advantage de VSP de forma gratuita sin cargo al visitar www.vsp.com o cuando llame a VSP cuya 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 VSP. Para recibir servicios, simplemente llame a un proveedor oftalmológico de la red e identifíquese como miembro de este Plan.

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

- **Proveedores que no pertenecen a la red:** Puede recibir los servicios 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 que no pertenecen a la red pueden facturar al participante del Plan cualquier monto que exceda la asignación 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 de su examen de la vista al utilizar a los proveedores de la red Advantage de 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 una prescripción de lentes de contacto, adaptación, evaluación, modificación y dispensación de lentes de contacto. 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, incluyendo la cirugía ocular y la prescripción de medicamentos.
- **Lente lenticular (vista):** 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.
- **Lente progresiva (vista):** Lentes bifocales o trifocales que parecen ser de visión única sin líneas distintas entre las diversas distancias focales.

ANEXO DE BENEFICIOS DE LA VISTA

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	
		Proveedor de la red Advantage de VSP	Proveedor fuera de la red
Deducible y máximo anual		Ninguno	Hay una asignación limitada para estos servicios. Comuníquese con 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 ajuste de lentes de contacto.</i>	Se paga un examen de la vista cada 12 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. Usted paga la diferencia, si la hubiera, entre el cargo del proveedor y la Asignación.	

ANEXO DE BENEFICIOS DE LA VISTA

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	
		Proveedor de la red Advantage de VSP	Proveedor fuera de la red
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 12 meses.	<i>Monofocal (estándar):</i> después del copago	Hay una asignación limitada para estos servicios. Comuníquese con 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>Progresiva estándar:</i> 100% después de un copago adicional de \$55	
		<i>Progresiva 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 12 meses, en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas. - Se paga un juego de lentes de contacto electivos cada 12 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 \$120 de asignación, sin copago.	

ANEXO DE BENEFICIOS DE LA VISTA			
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	
		Proveedor de la red Advantage de VSP	Proveedor fuera de la red
Programa de atención primaria de la vista Tratamiento y diagnóstico de condiciones oculares que incluyen, entre otros, conjuntivitis, pérdida de visión y monitoreo 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 ofrece 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 vista 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 (excluidos) 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.
- Ortótica (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 planos (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.

Limitaciones de 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 inicio 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 después de los **seis (6) meses** de la fecha de servicio pueden no ser considerados para reembolso. Consulte también el Capítulo 9: Procedimientos de reclamos y apelaciones.

CAPÍTULO 7: EXCLUSIONES GENERALES DEL PLAN

A continuación se muestra una lista de servicios, suministros o gastos **no cubiertos (excluidos) por los beneficios 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 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 del Plan General se suman a las exclusiones de beneficios dentales específicos mencionadas en el Capítulo 5 y las exclusiones de beneficios de la vista mencionadas en el Capítulo 6. 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 servicios o suministros dentales que no sean razonablemente necesarios para la salud médica o dental.
2. Toda 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 para 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 cuando exista una obligación legal incondicional de pagar los cargos sin tener en cuenta la existencia de algún seguro o plan de beneficios para empleados. 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 que son **en exceso del cargo permitido** (según 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. Todo servicio, suministro o tratamiento 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 la Cobertura de COBRA.
9. **Autopsia:** Gastos de una autopsia, examen forense y cualquier gasto relacionado, excepto según lo requiera el Administrador del Plan o su designado.
10. **Costos de informes, facturas, etc.:** Gastos de preparación o finalización de formularios, informes/registros dentales, facturas, formularios de reclamo por discapacidad/licencia por enfermedad y similares; gastos de correo, envío o manipulación; y cargos por citas interrumpidas/perdidas, cargos por envío de correo electrónico, cargos por intereses, cargos por demora, costos de millaje, cargos de administración del proveedor, cargos 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.

11. **Servicios proporcionados por el empleador:** Gastos por servicios proporcionados a través de un departamento médico, clínica o instalación similar que proporciona o mantiene un empleador en beneficio de sus empleados.
12. **Gastos que exceden los beneficios máximos del plan:** Gastos que excedan cualquier limitación de beneficio máximo del Plan.
13. **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 8) 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 por esos servicios o suministros.
14. **Artículos de confort personal:** Gastos destinados a la conveniencia, comodidad, higiene o embellecimiento del paciente.
15. **Incumplimiento del tratamiento adecuado:** Gastos incurridos por cualquier Persona cubierta como resultado de no cumplir con el tratamiento adecuado, según lo determine el Administrador del Plan o su designado.
16. **Llamadas telefónicas:** Gastos por cualquier llamada telefónica entre un Proveedor Dental y cualquier paciente o cualquier representante del Plan para cualquier propósito, incluyendo, sin limitación: comunicación con cualquier representante del Plan 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 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.
17. **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.
18. Gastos relacionados con **complicaciones de un servicio no cubierto.**
19. 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).
20. Gastos de **servicios ordenados por el tribunal, a menos que los servicios sean tanto médicamente necesarios como un beneficio cubierto del Plan.**
21. **Reclamos presentados fuera de plazo:** Los gastos por servicios o suministros que de otro modo estarían cubiertos por el Beneficio dental 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 8: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

¿CÓMO FUNCIONA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS?	48
Dental	48
Coordinación general.....	49
DETERMINAR QUÉ PLAN ES PRINCIPAL	49
Seguro de compensación para trabajadores	50
DERECHO A REEMBOLSO	50
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	51

¿Cómo funciona la coordinación de beneficios?

Si usted o un dependiente están cubiertos por los beneficios de otro plan dental 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 para determinar si este Plan pagará como principal 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 principal 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.

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 principal, 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 principal, O
2. La diferencia entre la asignación del JBT y el beneficio pagado por el plan principal; 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
Cargo permitido por el JBT			\$800	\$800	\$800	\$800	\$800
Plan principal pagado			\$475	\$700	\$300	\$550	\$425
Diferencia (cargo menor al pago del plan principal)			\$375	\$150	\$550	\$300	\$425
Beneficio del JBT, si es plan principal							
100% de la asignación			\$800	\$800	\$800	\$800	\$800
Menos deducible, si lo hubiera			\$50	-0-	\$50	-0-	\$50
Beneficio del JBT sin tener en cuenta otra cobertura			\$750	\$800	\$750	\$800	\$750
El JBT paga como plan secundario			\$375	\$150	\$500	\$250	\$375
Notas			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Notas:

1. El saldo restante después del pago del plan principal es de \$375, que es menos de lo que el JBT hubiera pagado como plan principal sin tener en cuenta el deducible (\$800). El JBT paga \$375.
2. El saldo restante después de que pague el plan principal 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 principal.
3. El pago secundario por cargos de dentistas dentro de la red es el menor de las siguientes cantidades: el saldo restante después de que el plan principal pague (\$550) o la cantidad que el JBT habría pagado sin tener en cuenta el deducible (\$800). Tenga en cuenta que la suma de los pagos principales y secundarios (\$300 + \$500) NO excede el cargo permitido por el procedimiento de \$800.

4. El pago secundario se limita a la diferencia entre el cargo permitido y la cantidad que pagó el plan principal ($\$800 - \$550 = \$250$). Tenga en cuenta que lo que el JBT habría pagado sin tener en cuenta otra cobertura y la cantidad pagada por el plan principal ($\$800 + \$550 = \$1,350$) excede el cargo permitido.
5. Como en el punto 6 anterior, el pago secundario se limita a la diferencia entre el Cargo permitido y lo que pagó el plan principal ($\$800 - \$425 = \$375$). Como pago principal, el JBT habría pagado \$750 pero sin tener en cuenta el deducible hasta el menor de \$800 y \$375.

Coordinación 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), 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 54 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 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 principal lo determina la “regla de cumpleaños”. El plan que cubre al padre cuyo cumpleaños se produce a principios de año es el plan principal. 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 principal 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 principal 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 principal hubiera pagado los beneficios del plan principal 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 principal, el beneficio del plan secundario no se puede determinar hasta que el plan principal pague. Por lo tanto, envíe siempre primero su reclamo al plan principal. Cuando el plan principal 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 dental HMO de su cónyuge, el Plan considera que la cobertura dental HMO de su cónyuge es el principal. De manera similar, si su hijo está inscrito en el Plan y en el plan dental HMO de su cónyuge, la cobertura dental HMO de su cónyuge es siempre el 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 principal.

Seguro de compensación para trabajadores

El Plan de Salud y Bienestar del JBT para empleados en virtud del Plan de Beneficios por Temporada 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 9: PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES

ÓRDENES CALIFICADAS DE MANUTENCIÓN MÉDICA DE MENORES (QMCSO)	54
PAGOS REALIZADOS POR ERROR	54
REPRESENTANTE AUTORIZADO	55
TIPOS DE RECLAMOS	55
OTRAS DEFINICIONES Y CONCEPTOS IMPORTANTES	56
Información adicional necesaria	60
Disposición de coordinación de beneficios (COB)	60
¿Cuándo debe obtener la aprobación del Plan antes de obtener atención médica?	60
Revisión de asuntos que no son un reclamo según la definición en este capítulo	60
Información general sobre la presentación de reclamos	61
¿CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO?	61
Esquema de plazos para la presentación inicial de reclamos y el proceso de apelación de reclamos	62
Reclamos de atención de urgencia	63
Presentación de un reclamo de atención de urgencia inicial	63
¿Qué puede hacer si se deniega su reclamo de atención de urgencia?	64
Reclamos previos al servicio	64
Presentación de un reclamo previo al servicio inicial	64
¿Qué puede hacer si se deniega su reclamo previo al servicio?	66
Reclamos posteriores al servicio	66
Presentación de un reclamo posterior al servicio inicial	66
¿Qué puede hacer si se deniega su reclamo posterior al servicio?	67
Reclamos por discapacidad	68
Presentación de un reclamo por discapacidad inicial	68
¿Qué puede hacer si se deniega su reclamo por discapacidad?	69
DERECHO A LA COBERTURA CONTINUA	70
LIMITACIÓN SOBRE EL PLAZO DE PRESENTACIÓN DE UNA DEMANDA	70
AUTORIDAD DISCRECIONAL DE LOS ADMINISTRADORES Y DESIGNADOS DEL PLAN	70
FACILIDAD DE PAGO	70
CESIÓN	70

Para obtener 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).

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 las cantidades previstas 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 por error 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 deberá 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 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.

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 cuatro tipos de reclamos descritos por los procedimientos de este capítulo: Previo al servicio, de atención de urgencia, posterior al servicio y por 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:

- ser escrito o presentarse vía electrónica,
- ser recibidos por el Administrador de Reclamos correspondiente según se define ese término en este capítulo,
- mencionar a un individuo específico,
- nombre y código de procedimiento de un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita la aprobación o el 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 cuatro tipos de reclamos de este Plan son:

- **Reclamo de atención de urgencia.** Un reclamo de atención de urgencia es un reclamo previo al servicio por tratamiento 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 preautorización (aprobación previa) se mencionan en el capítulo de Beneficios dentales. 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 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 o un reclamo de atención de urgencia. 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 que solicita la extensión de la cobertura para un hijo dependiente discapacitado de 26 años o más. Para decidir si usted es elegible para el beneficio, el Plan primero debe determinar si el hijo dependiente está “discapacitado” según la definición del Plan.

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 apelación adversa: 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 dental o de la vista, 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 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 considera que 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;

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

- a. 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);
- b. Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- c. Una declaración de que usted tiene derecho a recibir cuando lo solicite, acceso gratuito y copias de los documentos relevantes para su reclamo;

- d. Una declaración de que tiene derecho a iniciar una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación;
- e. 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);
- f. 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;
- g. 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
- h. 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 sobre denegación del reclamo: Cuando se rechaza un reclamo posterior al servicio, un reclamo de atención de urgencia o un reclamo previo al servicio, la “Información sobre denegación del reclamo” proporcionada:

- a. identificará el reclamo involucrado (por ejemplo, fecha del servicio, proveedor dental, monto del reclamo si corresponde);
- b. 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 considerará como una solicitud de apelación interna);
- c. 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;
- d. hacer referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- e. 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. proporcionar una explicación del procedimiento de apelación interna del Plan junto con los límites de tiempo e 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;
- 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 denegación del reclamo: Cuando se deniega un reclamo por discapacidad, la “Información sobre 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 salud: Hace referencia a un profesional de la salud con licencia, acreditación o certificación para realizar servicios de salud específicos de conformidad con la ley estatal.

Información y procedimiento de apelación individual: Para los fines de un reclamo posterior al servicio, un reclamo de atención de urgencia, 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 u otro en particular 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 dental 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 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 8) 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 reciban 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 y la descripción de qué servicios requieren autorización previa en el Capítulo 5: Beneficios dentales.

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 asunto 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 asunto 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 posterior a recibir 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.

¿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.

Administrador de Reclamos correspondiente:

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?	¿Quién adjudica la apelación?
De urgencia o previo al servicio		
• Ciertos* reclamos dentales	Oficina administrativa	Junta de Fideicomisarios
*Consulte el capítulo Beneficios dentales para obtener una descripción completa de los servicios para los que se requiere autorización previa		
Servicio postal		
• Reclamos dentales	Oficina administrativa	Junta de Fideicomisarios
• Reclamos de beneficios de la vista	VSP	VSP

Reclamos previos al servicio y reclamos de atención de urgencia para ampliar el tratamiento aprobado.

Consulte el capítulo de Beneficios dentales para obtener una descripción completa de los tipos de servicios que requieren autorización previa.

Reclamos posteriores al servicio por beneficios dentales: Los proveedores contratados presentarán 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 100, 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 llamando al 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 extranjero y su comprobante de pago a la Oficina administrativa en Health Services & Benefit Administrators, 4160 Dublin Blvd., Suite 100, 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. El proveedor debe poder proporcionar al JBT una lista completa de todos los servicios realizados y la facturación detallada.
- **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				
	De urgencia	Previo al servicio	Servicio postal	Por discapacidad
El Plan debe hacer una determinación de beneficios de reclamo inicial tan pronto como sea posible, pero a más tardar:	72 horas	15 días	30 días	45 días
¿Se permite la extensión durante la determinación inicial de beneficios?	No ¹	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
El plan debe hacer una determinación de beneficios de reclamos de apelación tan pronto como sea posible, pero a más tardar:	72 horas	30 días	Revise el siguiente cuadro	Revise el siguiente cuadro
¿Se permite la extensión durante la revisión de la apelación?	No	No	Revise el siguiente cuadro	Sí

¹ No 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 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.
Apelación 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 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 de urgencia

Presentación de un reclamo inicial de atención de urgencia

1. Los reclamos de atención de urgencia, que pueden incluir solicitudes de autorización previa, 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 un aviso por escrito de la determinación a más tardar **3 días calendarios** después del aviso oral. Para las denegaciones de reclamos, el Plan enviará un aviso de denegación inicial de reclamos de atención de urgencia que incluirá la **Información sobre denegación del 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, sobre la información específica necesaria para completar el reclamo. El reclamante debe proporcionar la información específica dentro de 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. El aviso 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 de urgencia, 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 deniega 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 apelación adversa**, 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.

Reclamos previos al servicio

Presentación de un reclamo previo al servicio inicial

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 dentista 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 deniega el reclamo, el aviso de denegación inicial del reclamo de atención previa al servicio incluirá la **Información sobre denegación del 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. Suspender 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 deniega 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 calendarios** 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 necesaria, o por 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 sea un subordinado de tal individuo.
6. Recibirá un aviso de la determinación de la apelación. Si esa determinación es adversa, incluirá la **Información sobre apelación adversa**, 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.

Reclamos posteriores al servicio

Presentación de un reclamo posterior al servicio inicial

Por lo general, los proveedores dentales 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 a la Oficina administrativa 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 dentales elegibles se pagarán hasta el monto permitido por el Plan para esos gastos.

Un reclamo dental posterior al servicio debe enviarse por escrito a la Oficina administrativa correspondiente, utilizando un formulario de reclamos apropiado **dentro de un (1) año después de incurrir en los gastos**. (Esto no aplica a reclamos de la vista, los cuales deben presentarse a Vision Service Plan bajo los términos y plazos establecidos por Vision Service Plan que se pueden encontrar en <https://www.vsp.com/faqs/claims-reimbursement>.)

- 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 62 a 63). 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 denegación inicial del reclamo de atención posterior al servicio que incluirá la **Información sobre denegación del 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 toma 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 médica del dependiente:** (Consulte también el capítulo Elegibilidad de este documento para obtener información sobre la Prueba de condición médica del dependiente.)
 - 1) Al procesar 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).
 - 2) Si los reclamos se presentan en nombre de un **hijo dependiente para quien 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.
- Al procesar **reclamos relacionados con un accidente**, el Administrador de Reclamos correspondiente necesitará información sobre los detalles del accidente para considerar el pago del reclamo.

¿Qué puede hacer si se deniega 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. Las apelaciones deben presentarse por escrito a la Junta de Fideicomisarios para su revisión, cuya información de contacto 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 reclamos dentales de este Plan, la Junta de Fideicomisarios tomará una determinación sobre la apelación posterior al servicio 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 proceso de apelación para reclamos de la vista se puede encontrar en el Capítulo 6: Beneficios de la vista: solo para empleados.
 - 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 la **Información sobre apelación adversa**, tal como se identifica en la sección Definiciones de este capítulo.
 - 6. Esto concluye el proceso de apelación posterior al servicio bajo este Plan. Este Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario adicional.

Reclamos por discapacidad

Presentación de un reclamo por discapacidad inicial

Un reclamo por discapacidad es cualquier reclamo que solicita la extensión de la cobertura para un hijo dependiente discapacitado de 26 años o más. Para decidir si usted es elegible para el beneficio, el Plan primero debe determinar si su hijo dependiente está “discapacitado”. Los siguientes tipos de reclamos por “beneficios por discapacidad” están sujetos a estos procedimientos de reclamos por discapacidad:

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.

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 la **Información sobre apelación adversa 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.

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 un aviso de que se necesitará un tiempo adicional para llegar a una decisión final.

Un proveedor dental 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. 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.

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 dental y de la vista que están cubiertos por el Plan porque usted es incompetente, está incapacitado o está en coma, el Plan puede, a su discreción, pagar los beneficios del Plan directamente al (a los) proveedor(es) de atención dental o de la vista que proporcionó(aron) 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 en contraprestación por los servicios dentales o de la vista 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 10: DISPOSICIONES GENERALES E INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA

SUS DERECHOS SEGÚN ERISA	72
ASISTENCIA CON EL IDIOMA ESPAÑOL.....	73
INFORMACIÓN DEL PLAN.....	73
Nombre del Plan	73
Nombre y dirección del patrocinador del Plan/administrador del Plan que mantiene el Plan	73
J Junta de Fideicomisarios del JBT	73
Tipo de plan	73
Negociación colectiva	73
Números del Plan	73
Año del Plan	74
Financiamiento del plan	74
Enmienda.....	74
Terminación	74
Controles de acuerdo de negociación colectiva y acuerdos de fideicomiso	74
Responsabilidades de la administración.....	74
Desempeño de deberes y responsabilidades	75
Pago de gastos del Plan	75
Administración y financiamiento de los beneficios del Plan	76
Agente de servicio de proceso legal	76
Junta de Fideicomisarios	77
Empleadores participantes	77
PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA	77
Aviso de privacidad de la HIPAA	77
Aviso de seguridad de la HIPAA.....	79

Sus derechos según ERISA

Como participante del Plan del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos, usted tiene 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 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 reclamación de un beneficio de asistencia social es denegada o ignorada, 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 1 año a partir de la fecha en que recibió la determinación final adversa de beneficios). Consulte Capítulo 9: 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 en el 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 reclamación es frívola.

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, del Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico o en la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados, del Departamento de Trabajo de los EE. UU., que se encuentra en 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).

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 de 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 Beneficios por Temporada del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos.

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 100
Dublin, CA 94568-7755

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 dentales y de la vista grupales.

Negociación colectiva

Este Plan se mantiene de conformidad con el acuerdo laboral entre Producers Alliance of California 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 del 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 financiamiento suficiente del JBT para proporcionar beneficios.

Los beneficios dentales y de la vista son autofinanciados por 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 descontinuar 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. **En caso de terminación, los activos del Plan se utilizarán de acuerdo con los requisitos de ERISA y el Código de Rentas Internas y en ningún caso volverán a manos de ningún empleador.**

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/PAC 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/PAC.

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 del Plan

Los gastos de administración del Plan, incluyendo (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 es administrado por la Junta de Fideicomisarios del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos, que contrata bajo un acuerdo de servicio administrativo solo para la administración de Beneficios dentales con:

Health Services & Benefit Administrators (HS&BA)

4160 Dublin Boulevard, Suite 100

Dublin, CA 94568-7755

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 100

Dublin, CA 94568-7755

Los beneficios 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 9) de este documento.

Los Beneficios de la vista se brindan bajo un acuerdo de servicio administrativo solo con:

Vision Service Plan

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 100

Dublin, CA 94568-7755

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 Presidente Teamsters Local 856 745 E. Miner Avenue Stockton, CA 95202	Stacey Cue Copresidente IEDA 2200 Powell Street, Suite 1000 Emeryville, CA 94608
Veronica Diaz Teamsters Local 856 207 North Sanborn Road Salinas, CA 93905	Joti Aulak Director de Recursos Humanos Stanislaus Food Products 1202 D Street Modesto, CA 95354
Luis Díaz Secretario-Tesorero Teamsters Local 948 2354 W Whitendale Ave. Visalia, CA 93277	Adam Sroufe Vicepresidente de Personas y Relaciones Laborales Pacific Coast Producers 621 North Cluff Avenue P.O. Box 1600 Lodi, CA 95241
Peter Finn Secretario-Tesorero Teamsters Local 856 745 E. Miner Avenue Stockton, CA 95202	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 la divulgación de la PHI recibida del Plan, con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan con 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 11: 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 dental autofinanciado. 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 9: 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 de forma regular 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/Cantidad permitida/Cargo permitido/Tarifa máxima permitida

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.

Facturación del saldo

Una factura de un proveedor dental 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). Cantidades asociadas a la facturación de saldo que **no están cubiertos** por este Plan. Consulte también las disposiciones relacionadas con la definición de Cargo permitido del Plan. **Los proveedores dentales 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.

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”).

Coseguro

La parte de los gastos de atención médica elegibles que la persona cubierta tiene la responsabilidad financiera de pagar.

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 JBT por los Fideicomisarios y brinda contribuciones al JBT.

Tarifa de contrato

Tarifa de contrato hace referencia 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 copago se explican en el Anexo de beneficios de la vista.

Cosmético

Cirugía o tratamiento para mejorar o preservar la apariencia física, pero no la función física. Tratamiento o cirugía cosmética incluye tratamiento dental destinado a restaurar o mejorar la apariencia física, según lo determine el Administrador del Plan o su designado.

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. El monto de los Deducibles se analiza en “Capítulo 5: 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 9.

Discapacidad o discapacitado

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.

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.

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.

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 Gastos dentales cubiertos en el Anexo de beneficios dentales en el Capítulo 5.

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.

Emergencia médica o emergencias médicas

Consulte Emergencia.

médicamente necesarias

El Administrador del Plan o su designado determinará que un servicio o suministro dental o de la vista será **“médicamente necesario”** si:

1. es proporcionado por o bajo la indicación de un dentista autorizado para proporcionar un servicio o suministro dental; y
2. lo determina el Administrador del Plan o su designado como necesario en términos de los estándares 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 del asunto dental o de la vista; y
 - No se proporciona solo para la conveniencia del paciente, médico o dentista; 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 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 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 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 dental que proporcione el Plan.

Un servicio o suministro médico o dental no se considerará médicamente necesario si no requieren las habilidades técnicas de un médico dental 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 dental.

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.

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.

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 el Plan de Beneficios por Temporada del Fideicomiso de Beneficios Conjuntos, según sus enmiendas y reformulaciones.

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 de Beneficios por Temporada del JBT.

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.

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 sea médicamente necesario. 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.

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.

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 del estado de dependiente (es decir, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, orden judicial firmada por el juez que muestre que el cónyuge del empleado ha adoptado o tiene la intención de adoptar al niño, según corresponda).

Teamsters California State Council of Cannery and Food Processing Unions, International Brotherhood of Teamsters

Consulte la definición de “Cannery Council”.

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).

Tenga en cuenta que las palabras “Por temporada” y “Tiempo completo” que se utilizan en los nuevos nombres de los planes son términos descriptivos utilizados en la industria conservera. El uso de estas palabras en los nuevos nombres del Plan o en este documento no pretende limitar o modificar de ninguna manera las disposiciones de antigüedad o las clasificaciones laborales contenidas en cualquier acuerdo de negociación colectiva que prevea la participación en el Fideicomiso de Beneficios Conjuntos.

ÓRDENES 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 del 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.