

BIENVENIDA E INTRODUCCIÓN

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

Nos complace proporcionarle este cuadernillo con una *Descripción resumida del plan* que explica los beneficios de atención de salud disponibles para los miembros del Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW elegibles y sus dependientes. Los beneficios que se describen en esta *Descripción resumida del plan* entraron en vigor el 1.º de enero de 2015, con sus respectivas modificaciones posteriores.

El Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW o "Fideicomiso" se creó en enero de 2010 en virtud de los Acuerdos firmados por el UAW y las tres Compañías automotrices. Hay tres planes distintos de beneficios de bienestar para los empleados: el Plan de beneficios médicos para jubilados de Chrysler del UAW, el Plan de beneficios médicos para jubilados de Ford del UAW y el Plan de beneficios médicos para jubilados de GM del UAW, conjuntamente denominados el "Plan" en esta *Descripción resumida del plan*.

El Comité del Fideicomiso actúa en nombre de los jubilados del UAW inscritos en el Fideicomiso. El Comité creó un programa de salud para jubilados. Esta *Descripción resumida del plan* describe la cobertura de atención de salud del Fideicomiso. Para su Plan en particular, se incluirán términos únicos en el *Documento del plan* y las *Cartas con los aspectos destacados de los beneficios* del Plan.

El objetivo de esta *Descripción resumida del plan* es ese, brindar un resumen, en términos de todos los días, de las características principales del programa de beneficios. Solo contiene información general. El *Programa de beneficios* del Plan forma parte de la *Descripción resumida del plan*. El Comité puede cambiar los beneficios que se describen en esta *Descripción resumida del plan* cada cierto tiempo. Si el Comité cambia los beneficios, usted recibirá una *Carta con los aspectos destacados de los beneficios* con una descripción de los beneficios modificados y más información con mayor detalle. Lea atentamente las *Cartas con los aspectos destacados de los beneficios* cuando las reciba. Tenga a bien informar a Retiree Health Care Connect de cualquier cambio de domicilio o de un cambio en la información de un dependiente para que pueda recibir todas las actualizaciones.

Conserve esta *Descripción resumida del plan*, el *Programa de beneficios*, las *Cartas con los aspectos destacados de los beneficios* y el resto del material que el Fideicomiso le envíe en relación con su cobertura, para tener siempre a mano información actualizada de sus beneficios. Lo instamos a que lea la información y la comparta con sus familiares, su cuidador y otras personas, según sea necesario. Si usted está inscrito en un plan HMO o Medicare Advantage, el Asegurador del Plan le proporcionará un cuadernillo, como una *Evidencia de cobertura* o un *Certificado de cobertura*, con una descripción detallada de los términos de su cobertura y las reglas que rigen su Plan en particular. Si tiene preguntas sobre esta información, comuníquese con Retiree Health Care Connect al 866-637-7555 o con el Asegurador de su Plan.


Atentamente.

El Comité del Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW

CÓMO USAR ESTE CUADERNILLO/DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Esta *Descripción resumida del plan* se diseñó para que su lectura fuese lo más sencilla posible. En ocasiones, el lenguaje que se utiliza es técnico o legal debido a ciertos requerimientos.

Cuando lea la *Descripción resumida del plan*, notará que hay determinadas secciones marcadas con distintos colores.

 es para miembros elegibles para Medicare, sin importar si están inscritos en Medicare o no.

 es para aquellos miembros que no tienen Medicare.

 es para todos los miembros.

Algunas páginas contienen información en recuadros, denominados recuadros de llamada. Estos recuadros de llamada hacen hincapié en puntos importantes de esa sección. Preste mucha atención a esos recuadros cuando lea esta *Descripción resumida del plan*.

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Esta versión traducida de la *Descripción resumida del plan* se ofrece por cortesía a pedido del inscrito para garantizar un entendimiento amplio de los beneficios descritos. La versión oficial de la *Descripción resumida del plan* es la versión en inglés. Debido a las dificultades para traducir de un idioma a otro, pueden existir pequeñas diferencias entre esta versión y la versión oficial en inglés. El Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW y los tres planes de salud no se hacen responsables de las pequeñas diferencias de significado o de redacción exacta entre la versión traducida y la versión en inglés.

RETIREE HEALTH CARE CONNECT

866-637-7555

Los inscritos pueden llamar a Retiree Health Care Connect (a veces abreviado “RHCC”) para evacuar dudas. Retiree Health Care Connect representa al Plan y puede responder preguntas o transmitir las a quienes puedan responderlas.

Retiree Health Care Connect puede responder los siguientes tipos de preguntas:

- Inscripción y cancelación de la inscripción (p. ej., ¿Cómo inscribo a mi hijo?)
- Elegibilidad (p. ej., ¿Mi hijo es elegible después de los 18 años de edad? ¿Qué sucede en caso de divorcio?)
- ¿Qué opciones de planes de salud alternativos tengo en mi área?
- Cobertura COBRA cuando finaliza la cobertura del Plan

Tenga a bien informar cualquier fallecimiento o hecho que cambie su vida a Retiree Health Care Connect. RHCC le podrá indicar de qué manera esos hechos pueden afectar su elegibilidad.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El Fideicomiso se comunica con usted durante todo el año por una cantidad de razones importantes. Algunas de las comunicaciones se exigen por ley, y otras sirven para asesorarlo acerca de su salud y sus beneficios. Muchas de las comunicaciones que se envían a todos los inscritos elegibles se publican en el sitio web del Fideicomiso en <http://www.uawtrust.org>. También en el sitio web, podrá a su vez acceder a los sitios web de RHCC y los Aseguradores, descargar copias adicionales de algunas comunicaciones y encontrar más información sobre el Fideicomiso en general, incluidos algunos videos sobre la historia del Fideicomiso.

A continuación, se incluye un cuadro con las comunicaciones que recibirá periódicamente del Fideicomiso. La primera es el kit de bienvenida, el cual debe haber abierto recién para encontrar esta *Descripción resumida del plan*.

Nombre de la comunicación	Plazo de envío habitual	Qué es	Qué debe hacer usted
Kit de bienvenida	Dentro de los 90 días de jubilarse o inscribirse en el Plan	Paquete de información sobre los beneficios del Fideicomiso, incluidos esta <i>Descripción resumida del plan</i> y el <i>Programa de beneficios</i> .	Ábralo y lea el material que hay en su interior, y luego guarde los documentos en un lugar seguro.
Aviso de cobertura esencial mínima (para miembros que no son de Medicare)	Enero-febrero (a partir de 2016)	Notificación requerida por el IRS de que su cobertura médica del Fideicomiso cumple con los requisitos mínimos	Téngalo a mano cuando complete las declaraciones de impuestos federales sobre la renta
Carta de aspectos destacados de los beneficios	Septiembre-octubre	Declaración de actualizaciones a los planes y el costo compartido aplicable	Léala atentamente y guárdela junto con la <i>Descripción resumida del plan</i>
Carta sobre el estado del Fideicomiso	Noviembre-enero	Descripción que acompaña el <i>Informe anual resumido</i> con el progreso y el estado del Fideicomiso	Léala
Informe anual resumido	Noviembre-enero	Departamento de Trabajo: resumen obligatorio del estado financiero del Fideicomiso	Léala

Nombre de la comunicación	Plazo de envío habitual	Qué es	Qué debe hacer usted
Aviso de prácticas de privacidad	Al momento de jubilarse y después de un cambio posterior en las reglamentaciones	Departamento de Salud y Servicios Humanos: declaración obligatoria de las obligaciones del Fideicomiso respecto de su información de salud personal según la ley HIPAA	Léalo atentamente y guárdelo junto con la <i>Descripción resumida del plan</i>
Notificación anual de cambios/Evidencia de cobertura (para miembros de Medicare)	Septiembre-diciembre	Declaración de actualizaciones al plan Medicare, incluidos los nuevos costos compartidos y límites de servicio.	Léala atentamente y guárdela junto con la <i>Descripción resumida del plan</i>
Aviso de nuevas ofertas de planes	Julio-diciembre (cuando hay nuevos planes disponibles)	Notificación de que usted puede ser elegible para un nuevo plan que comienza el año próximo	Léalo atentamente y analice qué plan es mejor para usted
Carta de elegibilidad para Medicare en virtud de la edad (para miembros que cumplen 65 años de edad)	3 cartas posibles – 1.º: 90 días antes de su cumpleaños 2.º: Mes de su cumpleaños, si no está inscrito. 3.º: Mes posterior a su cumpleaños, si aún no está inscrito.	Notificación de que pronto será elegible para Medicare y que debería inscribirse.	Léala, siga las instrucciones e inscríbese en Medicare Parte A y Parte B.
Cartas de inscripción en general (miembros con Medicare Parte A solamente)	Diciembre-febrero	Notificación de que debe inscribirse en Medicare Parte B.	Léala e inscríbese en Medicare Parte B.
Auditoría de Dependientes de entre 19 y 26 años (miembros con Hijos dependientes de entre 19 y 26 años)	Agosto-septiembre	Verificación de la elegibilidad de los dependientes conforme a las reglas del Plan	Léala y responda.
Aviso de salud sobre un beneficio o condición en particular	Varias veces	Notificación de determinados beneficios del Plan que se recomienda que aproveche o información sobre una afección médica importante que usted tiene y sobre cómo el Plan puede ayudarlo a manejarla.	Léalo y considere los servicios sugeridos.

ÍNDICE

BIEVENIDA E INTRODUCCIÓN	I
CÓMO USAR ESTE CUADERNILLO/DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN	II
RETIREE HEALTH CARE CONNECT	III
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	IV
I. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	1
A. Elegibilidad de los jubilados.....	1
B. Elegibilidad de los dependientes	1
C. Inscripción	4
D. Presentación de pruebas	5
E. Fechas de inicio y finalización de la cobertura	6
F. Su aporte.....	7
G. Finalización por falta de pago de los aportes.....	7
H. Finalización por fraude	7
II. OPCIONES DE PLANES DE SALUD	8
A. Opción del plan Traditional Care Network (TCN)	8
B. Opción del plan Medicare Advantage	9
C. Otras opciones de planes	9
D. Inscripción continua: cambio de opción de plan elegido	10
III. INTRODUCCIÓN A MEDICARE	11
A. Antecedentes sobre Medicare	11
B. Multa por inscribirse en Medicare fuera de plazo	12
IV. COBERTURA CUANDO TIENE MEDICARE	14
A. Características del costo compartido de Medicare	14
B. Consecuencias de inscribirse en Medicare fuera de plazo	14
C. Inscripción obligatoria en Medicare para cónyuges sobrevivientes/parejas domésticas sobrevivientes del mismo sexo	15
D. Cuánto paga el plan cuando también tiene la cobertura de Medicare	15
E. Consultas a su proveedor de atención de salud	19
F. Cobertura de servicios de atención preventiva de Medicare	19
G. Visitas al consultorio con Medicare	19
H. Estadías en centros de enfermería especializada	20
I. Atención de la vista con Medicare	20
J. Cobertura de atención para diabéticos de Medicare	20
K. Administración de casos obligatoria	21
L. Trasplante de órganos	21
M. Equipo médico duradero (DME) y prótesis y aparatos ortopédicos (P&O)	22
N. Cobertura del plan aparte de Medicare	23
O. Coordinación de beneficios con dos o más planes y Medicare	24
P. Reclamos y proceso de apelación en Medicare	24
V. COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DEL PLAN PARTE D	28
A. Cobertura de medicamentos con receta en Medicare (Parte D).....	28
B. Cómo funciona la cobertura de medicamentos con receta según el Plan	28

C.	Formulario del Plan y medicamentos cubiertos.....	29
D.	Medicamentos genéricos y de marca	29
E.	Dónde abastecer las recetas	30
F.	Copagos de los medicamentos con receta.....	31
G.	Calidad y administración de la utilización	31
H.	Exclusiones de los gastos de medicamentos con receta.....	32
VI.	BENEFICIOS PARA TODOS LOS INSCRITOS	33
A.	Características del costo compartido de todas las opciones	33
B.	Montos permitidos según el Plan.....	34
C.	Cobertura hospitalaria	34
D.	Cobertura de atención médica en el hogar.....	38
E.	Cobertura de atención para enfermos terminales.....	38
F.	Cobertura médica y quirúrgica.....	39
G.	Servicios de ambulancia	39
H.	Terapia ocupacional funcional y terapia del habla ambulatorias	40
I.	Cobertura de salud mental y abuso de sustancias	41
J.	Cobertura dental.....	42
K.	Cobertura de la visión	43
L.	Beneficio de audífonos	43
M.	Exclusiones de la cobertura	43
VII.	BENEFICIOS DEL PLAN PARA MIEMBROS QUE NO SON DE MEDICARE.....	45
A.	Cobertura de centros de enfermería especializada.....	45
B.	Servicios de atención preventiva de Medicare	46
C.	Visitas al consultorio del médico	47
D.	Administración de casos obligatoria	47
E.	Segunda opinión médica obligatoria	47
F.	Trasplantes de órganos	47
G.	Equipo médico duradero (DME) y prótesis y aparatos ortopédicos (P&O)	47
H.	Plan de medicamentos con receta para miembros que no son de Medicare en la TCN.....	49
VIII.	REGLAS DEL PLAN PARA MIEMBROS QUE NO SON DE MEDICARE.....	54
A.	Coordinación de beneficios.....	54
B.	Proceso de reclamos	58
C.	Procedimientos de apelación	61
X.	INFORMACIÓN PARA TODOS LOS INSCRITOS	67
A.	Continuación de cobertura COBRA	67
B.	Protección de la privacidad según HIPAA.....	69
C.	Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.....	70
D.	Subrogación y reembolso.....	71
E.	Información importante sobre el Fideicomiso y los planes.....	72
F.	Sus derechos conforme a ERISA	75
XI.	REFERENCIAS RÁPIDAS	78
A.	Definiciones.....	78
B.	Información de contacto	85

I. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

A. ELEGIBILIDAD DE JUBILADOS

Para ser elegible para la cobertura de salud para jubilados del Plan, la persona (el “Jubilado”) debe ser elegible para esa cobertura en función de los términos de la jubilación de su Compañía automotriz, debe estar incluido en las clases específicas previstas en los tres Acuerdos entre las distintas clases de jubilados presentes y futuros y las Compañías automotrices y debe realizar los pagos requeridos para la cobertura (“Aportes”). Los Acuerdos y el contrato de constitución del Fideicomiso se encuentran en el sitio web del Fideicomiso, <http://www.uawtrust.org>.

Los Jubilados y los Cónyuges sobrevivientes (o Parejas domésticas sobrevivientes del mismo sexo) se incluyen en dos categorías, “Protegidos” y “General”, que se relacionan con determinadas diferencias en los costos compartidos. Consulte la definición de “Protegidos” en la Sección XI, subsección A, para más información. A cada Jubilado también se lo denomina “Inscrito primario”.

Usted no es elegible para la cobertura del Plan si:

- es elegible solo para un beneficio de pensión adquirida diferida conforme al plan de pensión de su Compañía automotriz;
- no es Jubilado; o bien
- fue despedido con causa, aun cuando esté recibiendo una pensión del plan de pensión de su Compañía automotriz.

B. ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

1. Elegibilidad de su Cónyuge

Su Cónyuge puede estar cubierto si usted está cubierto por el Plan como Jubilado. Puede casarse y agregar a su nuevo Cónyuge a la cobertura si usted es un Jubilado inscrito. Por cónyuge se entiende:

a una persona del mismo sexo o del sexo opuesto casada con el Jubilado con un certificado de matrimonio válido expedido por un estado, el Distrito de Columbia, un territorio estadounidense o un país extranjero (“Jurisdicción”) en el que dicho matrimonio se haya reconocido legalmente conforme a las leyes de esa Jurisdicción, sin importar si el cónyuge o el Jubilado residen actualmente en esa Jurisdicción. Su cónyuge según el Common Law es elegible para la cobertura si la relación está reconocida por las leyes del estado en el que usted reside y si cumple con los requisitos del Plan.

El término “Inscrito primario” hace referencia a la persona elegible para la cobertura del Plan. El Inscrito primario puede ser un Jubilado, un Cónyuge sobreviviente o una pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo.

2. Elegibilidad para su pareja doméstica del mismo sexo no casada y Dependientes de su pareja doméstica del mismo sexo

Su pareja doméstica del mismo sexo no casada y los Hijos dependientes de su pareja doméstica del mismo sexo que estaban cubiertos por el plan activo de la compañía automotriz al momento de jubilarse son elegibles para la cobertura del Plan, siempre que usted sea un Jubilado elegible y cumpla con los requisitos de documentación que exige el Plan.

Usted no puede agregar a una nueva pareja doméstica del mismo sexo o a los hijos de su pareja doméstica del mismo sexo **después** de que se jubile.

Los Hijos dependientes de su pareja doméstica del mismo sexo deben aprobar las pruebas de elegibilidad para Hijos dependientes según lo establecido en la sección sobre Hijos dependientes.

3. Elegibilidad de los Cónyuges sobrevivientes y las Parejas domésticas sobrevivientes del mismo sexo con o sin Dependientes

Si usted fallece siendo un Jubilado elegible, su Cónyuge sobreviviente, su pareja doméstica del mismo sexo y sus Hijos dependientes pueden ser elegibles para la cobertura.

Para ser Cónyuge sobreviviente, pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo o Hijo dependiente sobreviviente, usted debe:

- (1) estar inscrito en la fecha de fallecimiento del Jubilado o (2) estar inscrito en el plan activo de su Compañía automotriz y el Jubilado tenía que ser elegible para retirarse en la fecha de fallecimiento;
- si es elegible, estar inscrito en Medicare Parte A y Parte B; y
- pagar el Aporte requerido o realizarlo por débito directo.

Elegibilidad de los Cónyuges sobrevivientes y las Parejas domésticas sobrevivientes del mismo sexo con o sin Dependientes. El Cónyuge o pareja doméstica del mismo sexo sobreviviente puede continuar la cobertura para el Hijo dependiente que fue inscrito por el Jubilado antes de su fallecimiento **si aún aprueba las pruebas de elegibilidad**.

Los Cónyuges sobrevivientes y las Parejas domésticas sobrevivientes del mismo sexo deben estar inscritos en Medicare Parte A y Parte B, si son elegibles, para permanecer inscritos en el Plan.

Si usted no se inscribe en Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible, perderá la cobertura. La cobertura para sobrevivientes que no tienen Medicare Parte A y Parte B se puede restablecer a la fecha de entrada en vigor de Medicare Parte A y Parte B.

El Cónyuge o la pareja doméstica del mismo sexo sobreviviente que es elegible para la cobertura del Plan pero cuyos beneficios de pensión no son suficientes para pagar el monto total de los

Aportes o que no es elegible para los beneficios de pensión de una Compañía automotriz deben pagar los Aportes cuando se les facture o pagarlos mediante un débito directo a través de Retiree Health Care Connect mensualmente.

4. Elegibilidad de Hijos dependientes

Los niños son elegibles para la cobertura del Plan si aprueban las cinco pruebas de elegibilidad. Los Jubilados pueden agregar a los hijos como dependientes, pero los Cónyuges y las Parejas domésticas del mismo sexo sobrevivientes no.

Las cinco pruebas de elegibilidad

Sus hijos y los hijos de su Cónyuge o pareja doméstica del mismo sexo deben aprobar LAS CINCO pruebas de elegibilidad siguientes:

1. **Relación:** el término “hijos” incluye:

- Sus hijos biológicos o los adoptados legalmente.
- Sus hijastros (hijos del Cónyuge o de la pareja doméstica del mismo sexo del Jubilado).
- Los hijos dados a usted en adopción legal que sean menores de 18 años de edad.
- Los hijos bajo tutela legal.

Los hijos pueden ser elegibles para la cobertura de atención de salud hasta el final del mes en que cumplen 26 años siempre que sigan cumpliendo con los criterios de elegibilidad. Se deberá presentar la documentación requerida ante Retiree Health Care Connect durante las auditorías periódicas.

2. **Edad:** los “hijos”:

- Pueden ser elegibles hasta el final del mes calendario en el que cumplen 26 años de edad.
- No están sujetos a restricciones de edad si se determina que están incapacitados de forma total y permanente antes de que finalice el mes calendario en el que cumplen 26 años de edad. El hijo debería estar inscrito en la cobertura inmediatamente antes de que se determinara el estado de incapacidad total y permanente.
 - Se determina que el dependiente está incapacitado en forma total y permanente si tiene una afección física o mental que le impide participar en una actividad remunerada importante y que puede esperarse que resulte en una muerte prematura o tiene una duración continua o indefinida.
 - Para ser elegible, el dependiente incapacitado en forma total y permanente no debe ganar más de \$10,000 por año en su empleo.
- Reglas especiales para niños bajo custodia legal: las órdenes judiciales sobre tutela legal deben indicar que la tutela se otorga al Jubilado. Los niños dados bajo tutela al Jubilado pueden ser elegibles para la cobertura hasta el final del mes en el que cumplen 18 años, excepto los niños bajo tutela legal o una orden judicial de tutela antes del 31 de diciembre de 2010, que son elegibles hasta el final del mes en el que cumplen 26 años. Los niños bajo custodia legal no son elegibles para continuar como dependientes incapacitados en forma total y permanente una vez cumplidas las edades que se especifican en este párrafo.

3. **Estado civil:** los “hijos” no deben estar casados.

4. **Residencia:** los “hijos” deben:

- Vivir con el Inscrito primario como integrantes del hogar.

- El Inscrito primario debe tener la responsabilidad legal de proporcionar cobertura de atención de salud al hijo, y el hijo debe residir con el padre que tiene la custodia. Consulte “Dependencia” a continuación.

5. **Dependencia:** los “hijos” deben:

- ser dependientes del Inscrito primario, eso es, ser alguien por el que el Inscrito primario pueda reclamar una exención en su declaración del impuesto federal sobre la renta;
- estar bajo la responsabilidad legal del Inscrito primario de proporcionar cobertura de salud en virtud de una sentencia de divorcio, una orden judicial relacionada con el divorcio o una QMCSO (Qualified Medical Child Support Order, orden médica calificada de manutención de menores). Una QMCSO o una orden médica de manutención nacional puede exigirle que inscriba a su hijo en el Plan. Conforme a esta disposición, la elegibilidad del hijo no se extenderá más allá de los límites de edad establecidos por el Plan para Hijos dependientes. El hijo debe seguir cumpliendo los requisitos de elegibilidad del Plan, excepto aquellos para los cuales haya sido eximido en una orden judicial o una QMCSO (residencia y dependencia). Los procedimientos para el trámite de la QMCSO se pueden solicitar a Retiree Health Care Connect sin costo alguno.

C. INSCRIPCIÓN

1. Inscripción diferida

Usted puede diferir la inscripción conforme al Plan. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando tiene cobertura de otro plan. Si decide inscribirse o volver a inscribirse en el Plan, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la notificación a Retiree Health Care Connect.

2. Inscripción de un nuevo dependiente

Comuníquese con Retiree Health Care Connect para agregar a un nuevo Dependiente dentro de los 30 días desde la fecha del hecho (casamiento, nacimiento, adopción, colocación en adopción, etc.). Si se informa el hecho dentro de los 30 días de ocurrido, la cobertura comenzará en la fecha en que se produjo el hecho. Si se informa el hecho después de 30 días de ocurrido, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la notificación enviada a Retiree Health Care Connect y deberán presentarse todas las pruebas requeridas (consulte la Subsección D más adelante).

3. Inscripción de un Cónyuge sobreviviente o una pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo

Si usted es el Cónyuge o la pareja doméstica del mismo sexo del Jubilado (y usted no es Jubilado), cuando el Jubilado fallezca, deberá comunicarse con Retiree Health Care Connect al (866) 637-7555.

Allí tomarán la información que usted les brinde y lo ayudarán a entender cuándo comienza su cobertura como sobreviviente.

4. Eliminación de Dependientes de la cobertura

Debe notificar a Retiree Health Care Connect en caso de eliminar a su Cónyuge, pareja doméstica del mismo sexo o Hijo dependiente de la cobertura tan pronto como la persona deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad. **Usted será responsable de los reclamos pagados en representación de la persona que no sea elegible para los beneficios.** El Plan no se hará responsable de esos reclamos.

5. Restablecimiento de un Dependiente

En caso de que un Hijo dependiente pierda la elegibilidad y luego vuelva a ser elegible (por ejemplo, porque cambia de residencia y más tarde regresa al hogar del Jubilado), la cobertura podrá restablecerse siempre que apruebe las otras pruebas de elegibilidad. La cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la notificación que envíe el Inscrito primario a Retiree Health Care Connect, no importa cuál sea la fecha de finalización.

6. Restablecimiento posterior a la finalización por falta de pago

Si usted no realiza los Aportes requeridos, la cobertura del Plan finalizará al final del mes para el cual se haya realizado el último pago. La cobertura se podrá restablecer retroactivamente una vez recibidos todos los aportes mensuales adeudados. En el momento del restablecimiento, el Inscrito primario debe optar entre deducciones de pensión (si recibe una pensión) o un débito directo de su cuenta bancaria para Aportes futuros. Existen determinadas restricciones de Medicare sobre el restablecimiento retroactivo en los planes Medicare Advantage y Medicare Parte D que pueden ocasionar la asignación a otro plan.

7. Reclamo de inscripciones

Si considera que se le ha rechazado incorrectamente la inscripción a usted o un Dependiente, puede presentar un reclamo de inscripción. Dicho reclamo se puede presentar ante RHCC, que le informará su determinación en un plazo de 30 días de presentada su solicitud. Si a usted o a un Dependiente le siguen denegando la cobertura incorrectamente, puede apelar la determinación mediante los procedimientos de apelación establecidos en la Sección VIII, Subsección C.

D. PRESENTACIÓN DE PRUEBAS

El Plan exige que usted envíe una prueba de elegibilidad cuando agregue a un nuevo Dependiente o cuando el Plan lo determine. En ese caso, usted debe presentar la prueba solicitada, que incluye copias de la licencia de matrimonio, la licencia de conducir, la primera página de la declaración del impuesto federal sobre la renta, órdenes judiciales, declaraciones juradas firmadas y otros documentos especificados. Si no se proporciona toda la documentación requerida, incluida la prueba del estado de dependiente y el número del Seguro Social, es posible que se niegue o cancele la cobertura del dependiente.

E. FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Este cuadro muestra las fechas de inicio y finalización de la cobertura en función de determinados hechos de la vida.

	La cobertura comienza	La cobertura finaliza*†
Jubilado	En la fecha de jubilación	<ul style="list-style-type: none"> • El final del mes en que falleció el Jubilado si los dependientes están inscritos • El final del mes para el cual se haya realizado el último pago
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha en que comienza la cobertura del Jubilado; • La fecha en que el Jubilado se casa con el Cónyuge, si se informa al respecto dentro de los 30 días posteriores al casamiento; o • Si transcurren más de 30 días desde el hecho, el primer día del mes siguiente a la fecha de aviso. 	<ul style="list-style-type: none"> • La fecha de la sentencia definitiva de divorcio del Jubilado • El final del mes para el cual se haya realizado el último pago • Fallecimiento del Cónyuge
Parejas domésticas del mismo sexo y sus hijos	En la fecha en que comienza la cobertura del Jubilado, si la pareja doméstica del mismo sexo estaba cubierta por el plan activo antes de la jubilación.	<ul style="list-style-type: none"> • La fecha en la que finaliza la relación o elegibilidad de la pareja doméstica del mismo sexo. • El final del mes para el cual se haya realizado el último pago
Hijos dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha en que comienza la cobertura del Jubilado; • En la fecha en que se adquiere al Dependiente, si se lo informa a los 30 días del hecho; o • Si transcurren más de 30 días desde el hecho, el primer día del mes siguiente a la fecha de aviso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el Dependiente ya no cumple con las reglas de elegibilidad del Plan • La fecha en que el Dependiente es eliminado de la cobertura por el Inscrito primario • El final del mes para el cual se haya realizado el último pago • La fecha de finalización del contrato en virtud del cual el Dependiente estaba cubierto. • Fallecimiento del Hijo dependiente
Cónyuge sobreviviente o pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo	En caso de fallecimiento del Jubilado (o fallecimiento del empleado activo que es elegible para jubilarse), la cobertura como Inscrito primario comienza el primer día del mes siguiente al mes del fallecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • La fecha de fallecimiento del Cónyuge sobreviviente o de la pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo. • El final del mes para el cual se haya realizado el último pago

* Las personas cuya cobertura finalice pueden ser elegibles para COBRA. (Consulte la Sección x, Subsección A, *Continuación de cobertura COBRA*).

† La cobertura completa finalizará en la fecha de finalización del Plan o del Fideicomiso.

F. SU APORTE

El Aporte es el monto que el Inscrito primario debe pagar, mensualmente, por participar en el Plan. El monto puede variar dependiendo de factores de inscripción tales como el tamaño de la familia y las opciones de inscripción. El Aporte mensual vence el primer día de cada mes. El pago del Aporte mensual es obligatorio para participar en el Plan, sin importar el nivel de beneficios seleccionado (por ejemplo, el Aporte es el mismo, ya sea que desee tener cobertura para medicamentos con receta o cobertura dental en el Plan).

El Fideicomiso obtendrá los Aportes requeridos a través de una deducción en la pensión. No obstante, si usted es elegible para la cobertura pero no recibe una pensión o no puede pagar los Aportes requeridos de su pensión, puede optar por realizar los pagos por débito directo (de su banco) o pagar a través de una factura.

G. FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LOS APORTES

Si no paga su Aporte o se lo debita de una cuenta bancaria con fondos insuficientes, el Plan le enviará un aviso por falta de pago. Deberá pagar el monto adeudado de inmediato. Si no paga el Aporte, el Plan dará por finalizada la cobertura. Los reclamos que hayan presentado usted o sus Dependientes mientras usted no estaba inscrito en el Plan son responsabilidad suya, a menos que compense el pago de todos los Aportes faltantes. Es posible que luego lo vuelvan a admitir en el Plan acordando una deducción automática del Aporte.

H. FINALIZACIÓN POR FRAUDE

Si usted o sus Dependientes cometen fraude o emiten declaraciones erróneas deliberadamente ante el Plan, su cobertura podrá darse por finalizada en la fecha en que ocurrió el fraude. Inscribir a una persona a sabiendas de que no es elegible para la cobertura del Plan constituye un fraude, por lo que si usted inscribe a esa persona, usted y sus Dependientes perderán la cobertura. Los reclamos que el Plan pague debido a un fraude serán responsabilidad suya.

II. OPCIONES DE PLANES DE SALUD

El Plan proporciona cobertura para usted y sus Dependientes elegibles para que reciban una amplia variedad de beneficios de atención de salud. Los servicios de atención de salud se proporcionan a través de la opción de plan médico específica que elija para usted y sus Dependientes. Las opciones disponibles dependen de su dirección permanente y si es elegible para Medicare. La disponibilidad de la mayoría de los planes se negocia anualmente y, con excepción del plan Traditional Care Network, no siempre pueden ofrecerse al año siguiente.

A. OPCIÓN DEL PLAN TRADITIONAL CARE NETWORK (TCN)

El plan Traditional Care Network es el plan base disponible para todos los miembros del Plan en los 50 estados. El plan Traditional Care Network está disponible para miembros de Medicare y que no tienen Medicare por igual. El Plan busca ofrecer otras opciones, pero no está obligado a ofrecer otras opciones de planes además de Traditional Care Network. El plan Traditional Care Network se basa en una red de proveedores de todo el país. Esta opción permite que los servicios se brinden dentro de la red y fuera de la red.

El plan Traditional Care Network es la opción de plan base disponible en los 50 estados.

Dado que el Plan no cubre todos los gastos de atención de salud, asesórese con el Asegurador de su plan de atención de salud específico (por ejemplo, Blue Cross Blue Shield) para determinar si un servicio o suministro en particular está cubierto o si un proveedor pertenece a la red. Averigüe si el servicio, el dispositivo, el tratamiento u otro artículo están cubiertos antes de recibir el servicio.

El plan Traditional Care Network ofrece flexibilidad en la red, lo que le permite recibir servicios tanto de proveedores dentro de la red como de proveedores fuera de la red. Para recibir el nivel máximo de beneficios con el menor costo de desembolso para usted, debe recibir servicios de proveedores que participan en la red del plan de salud en el que se inscribió. Los proveedores que tienen contrato con un plan de salud se denominan "Proveedores dentro de la red". Los Proveedores dentro de la red han acordado aceptar el monto contratado del Asegurador o el Monto permitido como pago por todos los servicios que usted recibe (sujeto a los Deducibles, Coseguros y Copagos aplicables).

Si opta por recibir atención de un Proveedor fuera de la red (es decir, un proveedor que no tiene contrato con el Asegurador), será usted quien deba pagar los costos adicionales, con algunas excepciones. Es probable que deba pagar Deducibles, Coseguros y Copagos fuera de la red más elevados y los montos que correspondan a cargos del Proveedor fuera de la red superiores a la tarifa de descuento del Plan (Monto permitido) por el servicio recibido. Y, el monto que supere el Monto permitido, según lo determine el Asegurador, no cuenta para calcular el desembolso máximo.

Si opta por recibir atención de un Proveedor fuera de la red que no participa en el plan Traditional Care Network, será usted quien deba pagar los costos compartidos adicionales, a menos que el servicio sea por atención de emergencia o que reciba una remisión autorizada. En el caso de aquellos servicios que requieren una remisión, debe recibirla de un Proveedor dentro de la red que participe en la red antes de recibir los servicios cubiertos de un Proveedor fuera de la red.

Puede inscribirse en la opción Traditional Care Network sin importar si usted o sus Dependientes tienen Medicare. Si usted o sus Dependientes están inscritos en Medicare, le conviene recurrir a proveedores que también participen en Medicare.

Si usted o sus Dependientes están inscritos en Medicare, le conviene recurrir a Proveedores dentro de la red para aprovechar al máximo sus beneficios.

Si está inscrito en planes Traditional Care Network o de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), sus beneficios se describirán con más detalle en esta *Descripción resumida del plan*. Si selecciona un plan Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o Medicare Advantage (MA), recibirá un cuadernillo aparte con la descripción de sus beneficios e información sobre cómo acceder a ellos.

Para estar cubierto por el Plan, solo puede inscribirse en las opciones de planes de salud con los cuales el Plan tenga contrato.

B. OPCIÓN DEL PLAN MEDICARE ADVANTAGE

Los planes Medicare Advantage (MA) son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas (Aseguradores). Para inscribirse en un plan MA, los miembros deben estar inscritos en Medicare Parte A y Parte B. Los planes

Los planes Medicare Advantage ofrecen beneficios extendidos a los miembros inscritos en Medicare y tienen costos compartidos más atractivos.

planes MA proporcionan todos los beneficios de Medicare Parte A (hospital) y Parte B (médicos). Usted debe igualmente pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B. No obstante, los planes MA pueden tener diferentes Deducibles, Copagos y Coseguros respecto de otras opciones disponibles. Además, los planes MA pueden ofrecer beneficios, servicios y programas adicionales que las Partes A y B de Medicare no proporcionan (como los beneficios de audición, programas de administración de casos y programas de

bienestar). La mayoría de los planes MA tienen redes de proveedores, por lo que deberá consultar a médicos específicos y utilizar hospitales específicos.

Los planes MA pueden estar disponibles en el Plan en función de su dirección permanente. Dependiendo de su elección de plan, es posible que usted y todos sus Dependientes deban inscribirse en la misma opción de plan. Las opciones MA, como los PPO, exigen a usted y a sus Dependientes cubiertos que se inscriban en Medicare Parte A y Parte B y se unan al plan.

C. OTRAS OPCIONES DE PLANES

1. Opción de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) que no es Medicare Advantage

La opción PPO ya no está disponible para nuevas inscripciones. Si **actualmente** está inscrito en un plan PPO que no es MA, puede seguir en ese plan PPO mientras esté disponible hasta que sea elegible para Medicare. No obstante, una vez que haga la transferencia desde el plan PPO, no podrá volver a unirse. Comuníquese con Retiree Health Care Connect para averiguar qué opciones tendrá en ese momento. Se aplican algunas excepciones a estas reglas, por eso comuníquese con Retiree Health Care Connect para más información. Esta opción de plan es distinta y se ofrece aparte de los planes Medicare Advantage PPO.

La opción PPO es como el plan Traditional Care Network, pero generalmente se limita a un área geográfica estatal o más pequeña. Como sucede con el plan Traditional Care Network, proporciona un nivel de beneficios mayor cuando recibe atención de los Proveedores dentro de la red.

2. Opción de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Una HMO (Health Maintenance Organization, Organización para el Mantenimiento de la Salud) es un sistema de atención de salud que hace hincapié en la atención de salud preventiva y tratamientos tempranos, además de brindar la atención médicamente necesaria cuando la persona está enferma. Las HMO del Plan solo se ofrecen en áreas limitadas. Las HMO le proporcionan cobertura de reclamos a través de una red de proveedores. Para algunos servicios, se exige un Copago. Usted elige un médico de atención primaria o un centro de una lista proporcionada por la HMO y ese médico o centro coordina todas sus necesidades de atención de salud.

El alcance y el nivel de los beneficios y la cobertura que proporciona una HMO puede diferir de otras opciones de planes con contrato con el Plan.

Para que los servicios estén cubiertos por la HMO, debe recibir los servicios de proveedores de la red HMO. Los servicios que no son de emergencia recibidos de los proveedores fuera de la red HMO NO están cubiertos, a menos que la HMO autorice previamente el tratamiento después de que lo solicite su médico de atención primaria. Los servicios de emergencia fuera del área están cubiertos.

Es posible que haya disponibles varias ofertas de HMO en el Plan en función del lugar donde usted viva, su estado en Medicare y otros factores. Para obtener más información sobre las opciones HMO en su área geográfica específica, comuníquese con Retiree Health Care Connect.

D. INSCRIPCIÓN CONTINUA: CAMBIO DE OPCIÓN DE PLAN ELEGIDO

Puede cambiar las elecciones de su Plan en cualquier momento del año, siempre que hayan transcurrido 12 meses desde el último cambio de elección y usted siga siendo elegible para la cobertura. Para hacer un cambio, llame a Retiree Health Care Connect. El cambio, por lo general, entra en vigor el primer día del segundo mes siguiente al mes en que Retiree Health Care Connect recibe la elección (por ejemplo, el 1.º de junio si hizo su elección en abril).

Una vez que realice un cambio en sus elecciones del Plan, debe esperar 12 meses para hacer otro cambio. Se pueden permitir excepciones antes del período de 12 meses en función de determinados hechos de la vida (cambio de la dirección permanente, agregar o quitar un dependiente de la cobertura, convertirse en elegible para Medicare) o si el nuevo plan está disponible en su área.

Puede cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage en cualquier momento.

III. INTRODUCCIÓN A MEDICARE

A. ANTECEDENTES SOBRE MEDICARE

Medicare es un programa federal de atención de salud para personas mayores de 65 años y determinadas personas menores de 65 años que tienen una incapacidad grave a largo plazo, padecen una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o se han sometido a un trasplante de riñón.

Medicare se compone de cuatro partes:

1. Medicare Parte A: seguro hospitalario. La Parte A ayuda a pagar la atención como paciente interno en un hospital o un centro de enfermería especializada (después de una estadía en el hospital), algunos tipos de atención médica en el hogar y la atención para enfermos terminales. Por lo general, no hay una prima mensual, pero hay deducibles para las estadías como paciente interno y coseguros o copagos después de una estadía de duración determinada. **Debe inscribirse en la Parte A cuando apenas sea elegible para evitar multas económicas y costos de desembolso más elevados.**
2. Medicare Parte B: seguro médico. La Parte B ayuda a pagar los servicios de los médicos, incluida la atención preventiva, y muchos otros servicios y suministros médicos que no están cubiertos por la Parte A. La Parte B exige el pago de una prima mensual, así como de Deducibles y Coseguros. **Debe inscribirse en la Parte B cuando apenas sea elegible para evitar multas económicas y costos de desembolso más elevados y un posible retraso en la inscripción en la Parte B. Las personas pueden comprar Medicare Parte B, aun cuando no sean elegibles para Medicare Parte A sin prima.**
3. Medicare Parte C: planes Medicare Advantage. Las personas con Medicare Parte A y Parte B pueden optar por recibir todos los servicios de atención de salud a través de uno de estos planes. Un plan Medicare Advantage, por lo general, cubre todo lo que Medicare Original cubre más algunos beneficios adicionales. Los planes Medicare Advantage están disponibles en muchas áreas. Estas opciones de planes de salud han sido aprobadas por Medicare y están administradas por compañías de seguro privadas (Aseguradores).
4. Medicare Parte D: cobertura de medicamentos con receta. La Parte D ayuda a pagar los medicamentos que los médicos prescriben para tratamiento. Estos planes están aprobados por Medicare y son administrados por compañías de seguro privadas (Aseguradores). El Fideicomiso patrocina un plan de medicamentos con receta de Medicare conforme a la Parte D para usted y los demás miembros elegibles para Medicare. Este plan de Parte D se describe con mayor detalle más adelante en la Sección V.

Medicare Parte A y Parte B a menudo se denominan “Medicare Original”. Medicare Parte A y Parte B están disponibles para casi todas las personas que tienen 65 años de edad o más y que tienen derecho a recibir los beneficios mensuales del Seguro Social o los beneficios calificados de Retiro Ferroviario. Si está recibiendo beneficios del Seguro Social o de Retiro Ferroviario, será elegible automáticamente para la Parte A y la Parte B a partir del primer día del mes en que cumpla los 65 años. Por lo general, Medicare lo inscribe automáticamente en la Parte A, aunque usted debe asegurarse de estar inscrito cuando cumpla los 65 años de edad. Es posible que deba contactarse con la Administración del Seguro Social para inscribirse en Medicare Parte B, pero es posible que se lo inscriba automáticamente en la Parte B. Recibirá por correo una tarjeta de Medicare roja, blanca y azul tres meses antes

de cumplir los 65 años. Si no recibe la nueva tarjeta, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800- 772-1213 o visite su sitio web en <http://www.SSA.gov>. La Administración del Seguro Social deducirá las primas de la Parte B de sus beneficios mensuales del Seguro Social, si es posible, o le facturará directamente si no recibe los beneficios del Seguro Social.

Si aún no recibe los beneficios del Seguro Social, es **su responsabilidad** comunicarse con la Administración del Seguro Social para solicitar Medicare Parte A y Parte B cuando cumpla los 65 años de edad.

La Administración del Seguro Social sugiere que se comunique con ellos al menos tres meses antes de cumplir los 65 años. Esto le dará suficiente tiempo para procesar su solicitud para que no pierda la oportunidad inicial de inscribirse. Si usted no se inscribe en Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible por primera vez, se aplicará una multa económica que implica el aumento de la prima mensual que usted paga por Medicare Parte A o Parte B.

Las personas menores de 65 años de edad que tengan derecho a recibir los beneficios por incapacidad conforme a las leyes del Seguro Social o del Retiro Ferroviario durante al menos 24 meses consecutivos también tienen derecho a Medicare Parte A y Parte B. La cobertura comienza el primer día del 25.º mes en que tienen derecho a los beneficios por incapacidad y termina al finalizar el mes siguiente al mes en el que la Administración del Seguro Social da aviso de la finalización de los beneficios por incapacidad (es decir, cuando ya no están más incapacitados).

Las personas con enfermedad renal en etapa terminal también pueden ser elegibles para Medicare Parte A y Parte B. Si todavía no cumplió los 65 años de edad ni está incapacitado, pero tiene una enfermedad renal en etapa terminal, será elegible para Medicare el primer día del tercer mes siguiente al mes en el que comenzó la diálisis. Si recibe un trasplante, su elegibilidad para Medicare comenzará dos meses antes del trasplante. Si se realiza autodiálisis, su elegibilidad para Medicare comienza el mes en que inicia la diálisis.

Si no es elegible para Medicare Parte A y Parte B cuando cumple los 65 años o pierde su elegibilidad debido a circunstancias fuera de su control, comuníquese con Retiree Health Care Connect para informar su situación.

B. MULTA POR INSCRIBIRSE EN MEDICARE FUERA DE PLAZO

Es importante que tanto usted como sus Dependientes se inscriban en Medicare cuando sean elegibles por primera vez.

Usted y sus Dependientes elegibles para Medicare deben inscribirse en Medicare Parte A y Parte B.

Es posible que para Medicare Parte A tenga que pagar una prima mensual. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, el costo de la prima de Medicare Parte A subirá un 10 %. Tendrá que pagar esa multa por el doble de años que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió.

Para Medicare Parte B se debe pagar una prima mensual. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, el costo de la prima de Medicare Parte A subirá un 10 % por cada período completo de 12 meses en que la persona era elegible para Medicare Parte B durante el período de inscripción inicial pero no se inscribió.

Si no se inscribió cuando era elegible por primera vez y optó por no participar en la Parte A y la Parte B o canceló su inscripción y luego opta por inscribirse, debe esperar hasta el siguiente

período de inscripción abierta de Medicare Parte A y Parte B, que es del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura de Medicare entrará en vigor el 1.º de julio del año en que se inscriba.

Es posible que no se le exija que se inscriba en Medicare Parte B si está cubierto por otro seguro, por ejemplo, a través de su empleador actual o el de su Cónyuge. No se lo multará por inscripción tardía en Medicare Parte B si se inscribe apenas pierde la otra cobertura. No obstante, para recibir los beneficios máximos del Plan, debe estar inscrito en Medicare Parte A y Parte B, si es elegible.

Información importante de Medicare para Jubilados, Dependientes y Cónyuges sobrevivientes elegibles para Medicare

Todos los miembros del Plan deben inscribirse tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare tan pronto como sean elegibles. **Si usted es elegible para Medicare, sus beneficios del Plan se pagarán como si tuviera la cobertura de Medicare, ya sea que haya elegido inscribirse en Medicare o no.** Para evitar pagar gastos médicos de desembolso adicionales, asegúrese de inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Las personas pueden ser elegibles para adquirir Medicare Parte B, incluso si no son elegibles para la Parte A sin prima.

El Fideicomiso proporciona beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a los Jubilados y Dependientes que son elegibles para Medicare conforme a un plan de la Parte D específico del Fideicomiso, que se explica más en detalle en la Sección V. No obstante, si usted o sus Dependientes se inscriben en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare no patrocinado por el Fideicomiso, sus beneficios de medicamentos con receta del Plan finalizarán.

IV. COBERTURA CUANDO TIENE MEDICARE

El Plan mejora su cobertura de Medicare cuando se inscribe en la opción Traditional Care Network (TCN) u Organización de Proveedores Preferidos (PPO). El Plan, por lo general, cubre el saldo del costo de los servicios que Medicare no cubre. Usted debe pagar el Deducible, el Coseguro y los Copagos correspondientes, asociados al Plan.

NOTA: Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, entonces esta sección no se aplica a usted. Consulte a su Asegurador para obtener más información sobre sus beneficios médicos.

En esta sección, se explica con más detalle cómo funcionan las opciones TCN y PPO con Medicare.

A. CARACTERÍSTICAS DEL COSTO COMPARTIDO DE MEDICARE

Medicare Parte A y Parte B exigen que los beneficiarios paguen parte del costo de la cobertura y parte del costo de los servicios de atención de salud. Estos montos pueden ajustarse anualmente; encontrará una lista completa de todos los montos en la versión más reciente de la guía *Medicare y usted*, que ya debe haber recibido por correo, pero que también puede descargar en <http://www.medicare.gov> u obtener llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Usted debe pagar la prima de la Parte B, la prima de la Parte A (si tiene una) y el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) (si corresponde) cada mes.

El Deducible es una suma de dinero fija que usted paga anualmente antes de que el plan de beneficios comience a pagar su parte de los costos médicos. Por lo general, los servicios que no tienen copagos se aplican al cálculo del deducible.

También paga un deducible de la Parte A y un deducible anual de la Parte B antes de que Medicare pague por sus servicios de atención de salud (con algunas excepciones limitadas). El Fideicomiso cuenta cualquier pago para calcular los deducibles como pago del deducible del Plan.

Si tiene preguntas sobre las primas o los montos de los costos compartidos de Medicare, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800- 772-1213 o visite su sitio web en <http://www.SSA.gov>.

B. CONSECUENCIAS DE INSCRIBIRSE EN MEDICARE FUERA DE PLAZO

Usted DEBE inscribirse en Medicare Parte A y Parte B tan pronto como sea elegible. Cuando es elegible para Medicare, el Plan paga los reclamos como si usted estuviera inscrito en Medicare, lo esté o no. Esto significa que si usted es elegible para Medicare pero no está inscrito, tendrá gastos médicos de desembolso mucho mayores.

EJEMPLO:

Aquí tiene un ejemplo simple de por qué es importante que las personas elegibles para Medicare se inscriban en la cobertura Medicare Parte B.

Supongamos que Sam, un Jubilado elegible para Medicare, necesita un servicio médico y el médico, por ese servicio, le cobra \$150.00. Supongamos que el Monto permitido de Medicare por el servicio es de \$100.00, que Medicare pagaría el 80 % del monto permitido y que el Plan pagaría el coseguro del 20 %. Si Sam está inscrito en Medicare Parte B y ha satisfecho los deducibles de la Parte B y el Plan, el Plan pagaría \$20.00 porque Medicare habría pagado \$80.00, y el reclamo se consideraría totalmente pagado. Si Sam es elegible para Medicare Parte B pero no está inscrito, el Plan igualmente pagaría \$20.00, y Medicare no pagaría nada. Por lo tanto, Sam debe pagar \$130.00 (\$150.00 menos los \$20.00 pagados por el Plan).

El Fideicomiso no pagará los montos que Medicare habría pagado. Usted deberá pagar esos montos. IMPORTANTE: Puede ser diferente a la cobertura previa si usted era elegible para Medicare y era empleado activo.

Estas reglas no se le aplican si usted es elegible para Medicare solamente en función de un diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal los primeros 30 meses en que es elegible para Medicare. Si usted es elegible para Medicare en función de una enfermedad renal en etapa terminal, debe igualmente inscribirse en Medicare.

C. INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA EN MEDICARE PARA CÓNYUGES SOBREVIVIENTES/PAREJAS DOMÉSTICAS SOBREVIVIENTES DEL MISMO SEXO

Los Cónyuges sobrevivientes y Parejas domésticas sobrevivientes elegibles del mismo sexo que cumplen 65 años deben inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando son elegibles por primera vez.

La cobertura finalizará para los Cónyuges sobrevivientes y las Parejas domésticas sobrevivientes del mismo sexo si son elegibles, pero no están inscritas en Medicare Parte A y Parte B cuando comienza la cobertura del Cónyuge sobreviviente o la pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo. Cuando el Cónyuge sobreviviente o la pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo proporcione pruebas de su inscripción en Medicare Parte A y Parte B, la cobertura se restablecerá en la fecha en que comience Medicare.

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

Para los Jubilados y los dependientes elegibles para Medicare, Medicare es el principal pagador de los beneficios y el Plan es el pagador secundario. Esto significa que los reclamos se presentan primero ante Medicare. Una vez que Medicare procesa el reclamo, el saldo remanente se envía al Asegurador del Plan, que determina si los servicios están cubiertos por el Plan. Si están cubiertos, el Plan paga en forma secundaria.

Si usted es elegible para Medicare Parte A y Parte B, el Plan procesará sus reclamos de atención de salud como si usted estuviera inscrito en Medicare y utilizara Proveedores de Medicare. Si usted no está inscrito en Medicare, mientras tenga la cobertura del Plan, los montos que haya pagado (o habría pagado) Medicare se excluyen del pago conforme al Plan.

Esos montos son su responsabilidad.

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

NOTA: Si tiene derecho a Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), es posible que estas reglas no se apliquen durante el período de coordinación de 30 meses. Comuníquese con el Asegurador del Plan para que le describan cómo el Plan coordina el pago en estas situaciones.

Aquí tiene un ejemplo del cálculo de los beneficios cuando Medicare es el plan primario:

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

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

Monto permitido de Medicare	\$1200.00
Menos el deducible de Medicare Parte B	- 147.00
Saldo	1053.00
Medicare paga el 80 %	-842.40
Coseguro de Medicare (20 %)	210.60
Monto total que Medicare no paga (deducible de Medicare Parte B de \$147.00 más coseguro de Medicare de \$210.60)	\$357.60

El reclamo se considera entonces para los beneficios del Plan del Fideicomiso de George:

Monto permitido de Medicare	\$1200.00
Monto que pagó Medicare	842.40
Monto que Medicare no paga (deducible de Medicare Parte B de \$147.00 + coseguro de Medicare de \$210.60)	357.60
Menos el Deducible del Plan [pagado por George]	-385.00
Saldo	0.00
Menos el Coseguro del Plan dentro de la red del 10 % [pagado por George]	-0.00
Monto del pago secundario de Fideicomiso [pagado por el Plan]	0.00
Pago total de los servicios (Medicare + Plan)	842.40
Pago total de George (Deducible del Plan + Coseguro)	\$357.60

En este ejemplo, Medicare pagó un beneficio total de \$842.40. George pagó el resto, que se consideró para calcular el Deducible del Plan. Una vez que George alcance el Deducible del Plan, el Plan tomará la diferencia.

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

Monto permitido de Medicare	\$1200.00
Menos el deducible de Medicare Parte B (previamente alcanzado)	- 0.00
Saldo	1200.00
Medicare paga el 80 %	-960.00
Monto total que Medicare no paga (coseguro de Medicare de \$240.00)	\$240.00

El reclamo se considera entonces para los beneficios del Plan de George. Se empleó el siguiente cálculo:

Monto permitido de Medicare	\$1200.00
Monto que pagó Medicare	960.00
Monto total que Medicare no paga	240.00
Menos el deducible del Plan (previamente alcanzado)	-0.00
Saldo adeudado por los servicios	240.00
Menos el Coseguro del Plan dentro de la red del 10 % [pagado por George]	-24.00
Monto del pago secundario del Plan [pagado por el Plan]	216.00
Pago total de los servicios (\$960 de Medicare mas \$216 del Plan)	1176.00
Pago total de George (Coseguro)	\$24

En este ejemplo, Medicare y el Plan pagaron un beneficio total de \$1176.

E. CONSULTAS A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD

Siempre que sea posible, debe seleccionar a un proveedor que participe en Medicare, muchas veces conocido como aquel que “acepta asignaciones” de Medicare. Esto significa que los proveedores aceptan el Monto permitido de Medicare por los servicios y no pueden facturarle montos por encima del monto permitido. Al elegir un proveedor que acepta una asignación de Medicare, usted puede mantener sus costos de desembolso lo más bajos posible. Si opta por ir a un proveedor que no “acepta asignaciones” en Medicare o un proveedor que no acepta pacientes de Medicare, el Plan, como máximo, pagará solamente lo que habría pagado si usted hubiese ido a un proveedor que aceptaba Medicare. Es posible que el Plan no cubra el servicio con algunos proveedores.

Usted debe usar un proveedor que acepte pagos de Medicare para aprovechar al máximo sus beneficios.

En determinadas áreas de cobertura, como el equipo médico duradero y los suministros para la diabetes, Medicare tiene proveedores contratados. Usted debe usar el proveedor contratado de Medicare en caso de necesitar equipo médico duradero y suministros para la diabetes. Cada uno de ellos se describe con más detalle más adelante en esta sección.

Algunos de los proveedores que no aceptan asignaciones de Medicare aceptan igualmente pagos de Medicare, pero exigen a sus pacientes que envíen los reclamos a Medicare ellos mismos y pueden cobrar a los pacientes hasta un 15 % por encima del monto permitido de Medicare, que Medicare no paga. El plan no cubrirá este 15 %, pero puede pagar parte de sus obligaciones de costo compartido una vez que Medicare pague y sujeto al costo compartido del Plan del cual usted es responsable.

Algunos proveedores optan por no aceptar Medicare y exigen a los pacientes de Medicare que firmen un acuerdo que establezca que el paciente entiende que Medicare no pagará. Debe tener cuidado con estos acuerdos y estos proveedores, especialmente si los servicios que necesita normalmente están cubiertos por Medicare (como las visitas de bienestar o las pruebas de diagnóstico). Es posible que el Plan no cubra a estos proveedores o, como máximo, paguen lo que el Plan habría pagado si usted hubiese ido a un proveedor que participa en Medicare.

Para averiguar si los médicos, laboratorios y demás proveedores de servicios ambulatorios que utiliza actualmente “aceptan asignaciones” de Medicare, pregúnteles antes de recibir sus servicios.

F. COBERTURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA DE MEDICARE

Medicare cubre muchos servicios de atención de salud para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento puede tener mejores resultados. Los servicios que Medicare considera “preventivos” se ofrecen sin costo. Visite <http://www.medicare.gov> para consultar una lista de servicios preventivos.

G. VISITAS AL CONSULTORIO CON MEDICARE

Actualmente, Medicare cubre una visita de “Bienvenido a Medicare” y una visita de “Bienestar” para todos los beneficiarios de Medicare con su médico de atención primaria. Los beneficiarios de Medicare reciben esta visita sin costo.

Si visita al médico con mayor frecuencia, Medicare cubrirá el 80 % del costo de esas visitas al consultorio si no son para recibir servicios preventivos o atención preventiva. El Plan no cubre ninguna parte de estas visitas. Usted debe pagar el 20 % restante que Medicare no cubre. Además, el Plan no paga las visitas al consultorio adicionales para los miembros de Medicare.

H. ESTADÍAS EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Un Centro de enfermería especializada es un centro fuera del hospital que proporciona atención de enfermería las 24 horas al día bajo la supervisión de un médico y una enfermera registrada. Al cabo de una admisión de tres días en un hospital, Medicare cubrirá su estadía en un Centro de enfermería especializada para rehabilitación y terapia. Esta estadía se limita a 100 días en Medicare Parte A. La cobertura del Plan de 100 días no se computa a este límite de tiempo aplicable a la estadía en un Centro de enfermería especializada. En cambio, el plan cubrirá el copago diario del día 21 al 100. Tanto el Plan como Medicare le pedirán que deje de recibir servicios de un Centro de enfermería especializada durante un período de 60 días antes de continuar con la cobertura del Centro de enfermería especializada. También tendrá cobertura otros 100 días para la atención en un Centro de enfermería especializada que recibe del Plan al comienzo de cada año del Plan.

I. ATENCIÓN DE LA VISTA CON MEDICARE

El Plan ofrece atención de la vista de rutina y de diagnóstico. Medicare NO cubre los exámenes oculares de rutina, refracciones oculares (exámenes que miden la vista a una distancia específica) o, en la mayoría de los casos, anteojos.

Determinados servicios o artículos relacionados con la atención de la vista están cubiertos por Medicare Parte B, sujeto al deducible y el coseguro de la Parte B. Los servicios y artículos cubiertos por Medicare incluyen:

- Examen ocular para diabéticos: para detectar la retinopatía diabética en las personas con diabetes. Cubierto una vez cada 12 meses.
- Examen de detección de glaucoma: para detectar glaucoma en las personas con diabetes u otras personas con alto riesgo de tener glaucoma. Cubierto una vez cada 12 meses.
- Tratamiento de la degeneración macular: tratamiento para algunos pacientes con degeneración macular relacionada con la edad.
- Anteojos luego de una cirugía de cataratas: un par de anteojos con marcos estándar (o un set de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas para el implante de un lente intraocular.

El Plan puede cubrir servicios de la vista de rutina y de diagnóstico que Medicare no cubre. Los beneficios de la visión se describen con más detalle en la Sección VI, Subsección K. La información de contacto del Asegurador de los beneficios de la visión se encuentra al final de esta *Descripción resumida del plan*.

J. COBERTURA DE ATENCIÓN PARA DIABÉTICOS DE MEDICARE

Si recibe tratamiento para la diabetes de un proveedor de atención de salud que acepta Medicare, Medicare cubrirá tanto el tratamiento como los servicios de atención preventiva. Se incluye lo siguiente:

1. Pruebas de detección de la diabetes:

Las pruebas de detección de la diabetes están cubiertas por Medicare si tiene algunos de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta, antecedentes de niveles anormales de

colesterol y triglicéridos, obesidad o antecedentes de altos niveles de azúcar en sangre. Medicare también cubre los exámenes de detección de la diabetes en función de otros factores de riesgo determinados; usted puede ser elegible para realizarse dos exámenes por año.

2. Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Su proveedor de atención de la salud debe proporcionarle una orden escrita para realizar la capacitación. El Plan cubrirá una parte del coseguro de Medicare Original.

3. Suministros para la diabetes

Medicare Parte B cubre los controles de azúcar en sangre, las tiras reactivas para la prueba de azúcar en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, soluciones para el control del azúcar en sangre y zapatos terapéuticos (en algunos casos). La insulina está cubierta si se la utiliza con una bomba de insulina en la Parte B. La insulina en otras formas puede estar cubierta por el plan de la Parte D.

El Plan cubre el costo compartido de los suministros para la diabetes aprobados. Medicare solo cubrirá los suministros de prueba para diabéticos, cuando se entreguen a su domicilio, a través de su proveedor nacional de venta por correo contratado. Para encontrar un proveedor contratado del Programa Nacional de Venta por Correo, visite <http://www.medicare.gov/supplier> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si no desea que se le entreguen a domicilio los suministros para diabéticos, puede buscar una farmacia o proveedor con contrato con Medicare y retirar los suministros en persona. El Plan no paga el costo de los suministros si usted recurre a un proveedor que no tiene contrato con Medicare o a un proveedor de venta por correo que no forma parte del Programa Nacional de Venta por Correo.

Los beneficios de Medicare pueden cambiar de año a año, por eso consulte a su Asegurador acerca de los beneficios cuando reciba los servicios. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, es posible que los beneficios sean diferentes. Comuníquese con su Asegurador para determinar de qué manera está cubierto el tratamiento relacionado con la diabetes en la opción de su Plan.

K. ADMINISTRACIÓN DE CASOS OBLIGATORIA

En algunas instancias, quizá deba participar en el programa de Administración de Casos obligatorio. El Plan, a través de su Asegurador, puede exigir la participación en el programa de Administración de Casos para determinadas afecciones que son complejas, graves o raras.

En caso de que el miembro se rehúse a participar en el programa de Administración de Casos obligatorio, es posible que la parte de la obligación financiera del plan correspondiente a todos los servicios médicos, tratamientos, situaciones, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con la afección no esté cubierta. En el caso de los inscritos en la Parte A y la Parte B de Medicare, Medicare seguirá cubriendo su parte de la obligación financiera, puesto que el programa de Administración de Casos no es obligatorio para Medicare Original. En ese caso, aun cuando Medicare pueda cubrir su parte, el Plan no cubrirá la parte restante de los reclamos.

L. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

La cobertura de trasplantes se limita únicamente a aquellos aprobados por Medicare y realizados en centros aprobados por Medicare. Medicare cubrirá el trasplante, y el Plan cubrirá el costo compartido de Medicare relacionado si usted está inscrito en el programa de

Administración de Casos. Es posible que aun así usted deba pagar algún costo compartido del Plan relacionado con el trasplante.

La inscripción en el programa de Administración de Casos es obligatoria para todos los tipos de trasplantes, excepto de riñón, cornea o piel. Si no participa en el programa de Administración de Casos, la parte del costo compartido de Medicare a cargo del Plan correspondiente a todos los servicios médicos, tratamientos, situaciones, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con la afección no estará cubierta.

M. EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) Y PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS (P&O)

1. Cobertura de aparato médico duradero y prótesis y aparatos ortopédicos

La cobertura de DME (durable medical equipment, equipo médico duradero) incluye pero no necesariamente se limita a lo siguiente:

- Equipos que cumplen los estándares del Plan, que generalmente incluyen el requisito de ser aprobados para reembolso en Medicare Parte B y ser adecuados para uso en el hogar.
- Las reparaciones necesarias para restablecer el funcionamiento del equipo para que esté en las mismas condiciones que cuando se compró (no incluye el mantenimiento de rutina).
- Estimuladores neuromusculares.
- Estimuladores del crecimiento óseo con campos electromagnéticos externos, en determinados casos aprobados.
- Estimuladores de presión gradual para determinados pacientes.
- Manga para mastectomía.
- Bastones comunes y con patas de apoyo (comprados, no alquilados).
- Aparatos de movimiento pasivo continuo (hombro y codo) después de una cirugía de hombro o codo y solo por 21 días como máximo.

Usted debe recurrir a un proveedor de Medicare aprobado y contratado para recibir la cobertura de DME.

Las tiras reactivas y lancetas para diabéticos están cubiertas por el beneficio de DME. La insulina está cubierta por el beneficio de medicamentos con receta.

La cobertura de P&O (Prosthetic and orthotic, prótesis y aparatos ortopédicos) incluye pero no necesariamente se limita a lo siguiente:

- Aparatos P&O que proporciona un centro acreditado y cumplen con los estándares del Plan, que generalmente incluyen el requisito de ser aprobados para reembolso en Medicare Parte B y el reemplazo, la reparación, la colocación y los ajustes del aparato.
- Zapatos terapéuticos y ortopédicos, plantillas, arcos de soporte y modificaciones en el zapato cuando los zapatos forman parte de un aparato cubierto.
- Pelucas y peluquines (cuando se cae el cabello debido a quimioterapia, radiaciones u otros tratamientos para el cáncer).

- Lentes recetados después de una operación de cataratas o una operación para reemplazar lentes perdidos debido a una afección congénita.
- Aparatos o dispositivos que se implantan quirúrgicamente de forma permanente en el cuerpo (excepto los aparatos o dispositivos Experimentales o de Investigación) o aquellos que se utilizan en forma externa mientras está en el Hospital como parte de un equipo hospitalario habitual o cuando lo prescribe el médico para usar fuera del Hospital.

2. Proveedores de DME y P&O aprobados

Medicare exige que los miembros de Medicare obtengan determinados DME y P&O de un proveedor aprobado por Medicare con contrato. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite <http://www.medicare.gov/supplier> para obtener información adicional sobre los tipos de DME o P&O que se aplican y dónde puede encontrar a un proveedor aprobado.

Se brinda cobertura, hasta el Monto permitido por Medicare, para los DME y P&O Médicamente necesarios que prescriba el médico. Si recibe los equipos y artículos cubiertos de un proveedor no aprobado por Medicare, el Plan no pagará los montos cubiertos en coordinación con Medicare y será usted quien deba pagar el cargo total del proveedor y los montos adicionales en que pueda incurrir.

NOTA: Los tipos de DME y P&O cubiertos no siempre son iguales (en cuanto a marca, tipo o diseño) entre los proveedores aprobados de Medicare.

Usted, su médico o el proveedor pueden comunicarse con el Asegurador para solicitar una autorización previa, el procesamiento de los reclamos, localizar proveedores de la red, determinar cuál es el equipo aprobado o plantear otras preguntas o inquietudes.

Deberá obtener los suministros para diabéticos de Medicare de un proveedor aprobado y con contrato. Consulte la Subsección J sobre suministros para la diabetes para obtener más información.

N. COBERTURA DEL PLAN APARTE DE MEDICARE

La cobertura de Medicare de la Parte A y la Parte B establece límites para varios beneficios. Por ejemplo, los días de internación, atención médica en el hogar y la fisioterapia tienen límites. Los beneficios médicos del Plan a menudo coinciden con los de Medicare Parte A y Parte B. No obstante, a veces, el Plan cubre beneficios médicos más allá de lo que cubren Medicare Parte A y Parte B. Un escenario frecuente es cuando el Plan cubre más visitas o días que Medicare para un beneficio en particular.

Cuando usted alcanza el límite de Medicare, debe consultar la sección **Beneficios para todos los inscritos** (Sección VI) si no hay una subsección para ese beneficio. Particularmente, debe consultar las subsecciones sobre “Cobertura hospitalaria”, “Cobertura de atención médica en el hogar”, “Servicios de observación” y “Centros ambulatorios independientes”.

Los beneficios del Plan más allá de Medicare se coordinan igualmente con Medicare; no se suman entre sí. Por ejemplo, es posible que Medicare no cubra su estadía como paciente internado en el hospital después del día 90. El beneficio del Plan le brindará atención los 365 días, pero el Plan habrá coordinado su cobertura por 90 días, lo que lo dejaría con 275 días de estadía cubierta en el hospital como paciente internado (365 días menos 90 días ya cubiertos). Durante esos 90 días, el Plan cubre como pagador secundario los costos no cubiertos por Medicare y usted pagaría el costo compartido aplicable del Plan.

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

Si es elegible para Medicare, Medicare normalmente es el pagador primario de los gastos de atención de salud y el Plan, el pagador secundario. Los reclamos debe enviarlos primero a Medicare y luego al Asegurador para la coordinación de los beneficios. Medicare proporciona beneficios adicionales, como visitas al consultorio para miembros de Medicare, que no están cubiertas por el Plan.

Independientemente de que esté inscrito en Medicare Parte A y Parte B, los beneficios pagados por el Plan se limitarán a un monto equivalente al pago del saldo secundario que habría pagado si, en la fecha de los servicios, el inscrito estuviera inscrito en Medicare Parte A y Parte B y recibiera servicios de un proveedor que participa en Medicare.

Si su Cónyuge es elegible para Medicare pero opta por no inscribirse en Medicare Parte B, el Plan no pagará los costos adicionales que habrían estado cubiertos por Medicare Parte B.

Este cuadro le resultará útil.

George: Jubilado del Fideicomiso/Medicare (titular de la póliza) casado con Mary: Jubilado de ABC Co./Medicare (titular de la póliza) George y Mary figuran como cónyuges independientes en la cobertura del otro.		
SITUACIÓN	PLAN QUE PAGA PRIMERO	PLAN QUE PAGA DESPUÉS
- Reclamo de George	Medicare	Plan del Fideicomiso, luego el plan de ABC Co.
- Reclamo de Mary	Medicare	Plan de ABC Co., luego el Plan del Fideicomiso

Si está cubierto por el Plan, Medicare y la cobertura de salud de empleado activo de su cónyuge como dependiente, sus reclamos serán cubiertos primero por la cobertura de salud de empleado activo de su cónyuge, luego por Medicare como pagador secundario y luego por el Plan como tercer pagador.

P. RECLAMOS Y PROCESO DE APELACIÓN EN MEDICARE

Para apelar una decisión en Medicare, debe seguir el proceso que se describe más abajo. Todos los reclamos de personas inscritas en Medicare deben enviarse a Medicare antes que al Asegurador. En muchos estados, el Asegurador puede tener un acuerdo con Medicare, para que cuando Medicare procese el reclamo, proporcione la información directamente al asegurador, que luego procesa el saldo secundario. Usted recibirá una declaración combinada con la *Explicación de beneficios* que explica de qué manera Medicare y el Plan pagaron el reclamo.

Este mismo proceso es el que utiliza el Plan para evaluar los reclamos y las apelaciones de la Parte D del Plan para los medicamentos con receta.

Si está apelando un beneficio no cubierto por Medicare, consulte la Subsección C, Reclamos y apelaciones, en la Sección VIII.

1. Redeterminación (reclamos médicos)

Medicare puede rechazar su reclamo por determinados beneficios porque no cubre el beneficio en particular que usted recibió, no cubre el beneficio con la frecuencia con la que usted lo recibió o no se cumplió con algún requisito previo necesario. En esos casos, recibirá un aviso de pago de Medicare. Este documento le informará de su derecho a obtener una redeterminación en un plazo de 120 días desde el día que recibió el aviso de pago por correo. Las instrucciones para llenar la redeterminación se encuentran en el aviso de pago. Las decisiones de Medicare generalmente se toman en un plazo de 60 días después de recibir su solicitud.

2. Determinación inicial y solicitudes de excepción (medicamentos con receta)

Es posible que le nieguen un medicamento en la farmacia por una cantidad de motivos diferentes después de presentar una receta válida. No obstante, si considera que debe tener ese medicamento, el primer paso es comunicarse con el administrador del plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare del Plan. Una vez presentada la solicitud, recibirá una determinación inicial. La determinación inicial no proviene del farmacéutico; en otras palabras, el hecho de que el farmacéutico se rehúse a abastecer una receta no implica el rechazo de los beneficios del Plan. Usted o el médico que prescribió el medicamento (la “persona autorizada para recetar”) puede pedir la determinación inicial por escrito o por teléfono, a menos que pretenda el reembolso de un medicamento que ya compró, en cuyo caso la solicitud debe ser presentada por escrito.

En esa misma solicitud, puede pedir una “excepción”. Una excepción consta de pedirle al Plan que cubra un medicamento que no está en el *Formulario*, pero que su médico considera que es medicamento necesario.

Las solicitudes de excepción deben incluir una declaración de la persona autorizada para recetar en la que explique la necesidad médica de ese medicamento en particular.

En el caso de una solicitud de determinación estándar, el administrador debe responder en 72 horas. Usted puede presentar una solicitud acelerada si esperar 72 horas pondría en grave peligro su vida, su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones completamente. En ese caso, el administrador debe responder en 24 horas.

3. Redeterminación (medicamentos con receta)

Si no está de acuerdo con el rechazo inicial, tiene derecho a solicitar una redeterminación del administrador en un plazo de 60 días desde el rechazo inicial. Esta solicitud debe constar por escrito. En la determinación inicial encontrará más instrucciones. En esta etapa, también puede pedir una revisión rápida si la persona autorizada para recetar considera que el tiempo de respuesta estándar pondría en riesgo su vida, su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones completamente. Recibirá una respuesta a su solicitud de redeterminación estándar en un plazo de 7 días. Recibirá una respuesta de redeterminación rápida en 72 horas.

4. Entidad de revisión independiente o contratista independiente calificado (reclamos médicos o medicamentos con receta)

Si no está de acuerdo con la redeterminación sobre un medicamento con receta, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de una entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 60 días desde la redeterminación. Esta solicitud debe enviarse por escrito al administrador. En la redeterminación encontrará más instrucciones.

Se le enviará la respuesta de la revisión IRE estándar en 7 días. Se le enviará la respuesta de la revisión IRE rápida en 72 horas.

Acrónimos que se utilizan en esta sección:

ALJ: juez administrativo

IRE: entidad de revisión independiente

MRN: aviso de redeterminación de Medicare

QIC: contratista independiente calificado

RA: aviso de pago

Si no está de acuerdo con la redeterminación para un servicio médico, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un contratista independiente calificado (QIC) en un plazo de 180 días desde la recepción del aviso de redeterminación de Medicare (MRN). El MRN contiene instrucciones sobre cómo presentar la apelación. El QIC, por lo general, toma una decisión en un plazo de 60 días desde la recepción de la solicitud.

5. Juez administrativo (reclamos médicos o medicamentos con receta)

Si no está de acuerdo con la decisión de la IRE o el QIC, puede solicitar una audiencia ante el juez administrativo en el plazo de 60 días contados desde la decisión de la IRE o el QIC. Puede solicitar al juez administrativo (ALJ) que desestime la audiencia si considera que la prueba claramente apunta a su favor. De lo contrario, el ALJ realizará la audiencia en persona, por teléfono o por teleconferencia.

Para obtener una revisión del ALJ, su reclamo debe ser por una mínima cantidad de dólares (para 2015: \$150). Puede procurar una revisión del ALJ de dos maneras:

1. completar el formulario "Solicitud de audiencia de Medicare con un juez administrativo" disponible en: <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals-level-3.html>; o bien
2. presentar una solicitud por escrito ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare que incluya:
 - a. Su nombre, dirección y número de Medicare (si ha designado a un representante, incluya nombre y dirección de su representante).
 - b. El número de control del documento incluido en la decisión de la IRE o el QIC, si hubiere.
 - c. Los artículos y las fechas de servicio por los que apela.
 - d. Una explicación de por qué no está de acuerdo con la decisión que apela.
 - e. Cualquier información que pueda contribuir a su caso.

La mayoría de las decisiones del ALJ se toman en un plazo de 90 días contados desde la solicitud. Si considera que no se ha tomado una decisión a tiempo, puede solicitar que el ALJ pase el caso al siguiente nivel de apelación.

6. Consejo de Apelaciones de Medicare (reclamos médicos o medicamentos con receta)

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, tiene 60 días para solicitar una apelación al Consejo de Apelaciones de Medicare. Debe enviar la solicitud de apelación por escrito a la dirección proporcionada en la decisión del ALJ. Su solicitud puede ser:

1. El formulario “Solicitud de revisión de la decisión o desestimación de un juez administrativo” disponible en: <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals-level-4.html>; o bien
2. Una solicitud escrita al Consejo de Apelaciones de Medicare que incluya:
 - a. Su nombre y número de Medicare (si ha designado a un representante, incluya nombre y dirección de su representante).
 - b. Los artículos y las fechas de servicio por los que apela.
 - c. Una declaración que identifique las partes de la decisión del ALJ con las cuales usted no está de acuerdo y una explicación de por qué no está de acuerdo.
 - d. La fecha de la decisión del ALJ.
 - e. Su firma (o la de su representante).
 - f. Si solicitó al ALJ que pasara el caso al Consejo de Apelaciones de Medicare, la oficina de audiencias en la que la solicitud de audiencia se encuentra pendiente.

El Consejo de Apelaciones de Medicare le enviará su decisión en un plazo de 90 días de recibida la solicitud en la mayoría de los casos.

Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, el siguiente paso sería solicitar una revisión por parte del sistema judicial federal, que es lo que seguiría después del procedimiento estándar en estos casos.

V. COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DEL PLAN PARTE D

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

Medicare cubre los medicamentos con receta de la Parte D como cubre los beneficios de pacientes internos de la Parte A y los servicios médicos necesarios de la Parte B. Lo que difiere en la Parte D de la Parte A y la Parte B es que Medicare no administra el beneficio. En cambio, contrata con organizaciones privadas, a menudo administradores de beneficios de farmacia, para administrar el beneficio en nombre de Medicare. Estos “planes de Parte D” se revisan anualmente y se presentan para analizar el diseño de los beneficios y el formulario.

B. CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA SEGÚN EL PLAN

El Plan ha contratado con un administrador de beneficios de farmacia para que les ofrezca un plan de Parte D a usted y otros miembros de Medicare. A este plan a menudo se lo denomina Plan de exención grupal patrocinado por el sindicato y el empleador o “EGWP”.

Si usted es elegible para Medicare y está inscrito en la Parte A o la Parte B, el Plan lo inscribirá automáticamente en el plan EGWP de Parte D. Antes de que sea inscrito automáticamente en el plan EGWP de Parte D, se le dará la oportunidad de rechazarlo. **No obstante, si opta por rechazar el plan EGWP de Parte D antes de la inscripción o luego elige finalizar su inscripción en el plan EGWP de Parte D, no tendrá ninguna cobertura de medicamentos en el Plan.**

Si opta por rechazar el plan EGWP de Parte D del Plan y no se inscribe en otro plan de Parte D de inmediato, probablemente deba pagar una multa por inscripción tardía si luego se inscribe. Si opta por el rechazo por error, tendrá la oportunidad de reinscribirse, lo cual deberá hacer lo antes posible. Si opta por rechazar el plan de Parte D del Plan y no está inscrito en uno de los planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MA-PD) del Plan, los costos de los medicamentos en los que incurra estarán a cargo suyo o de otro plan en el que se haya inscrito.

Tenga mucho cuidado de no inscribirse en otro plan de medicamentos. Dado que el Plan proporciona cobertura de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios para Jubilados y Dependientes que están inscritos en Medicare, no debe inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Parte D de Medicare que no sea el del Fideicomiso. Perderá la cobertura de medicamentos con receta del Plan si usted o sus Dependientes se inscriben en un Plan de medicamentos con receta de Parte D que no es el del Fideicomiso.

Si está inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MA-PD), entonces esta sección no se aplica a usted. Consulte su *Certificado de cobertura* para obtener información sobre los beneficios de medicamentos con receta. No puede inscribirse en un plan MA-PD y en el plan EGWP de Parte D al mismo tiempo.

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage patrocinado por el Plan con cobertura médica solamente y el plan EGWP de Parte D del Plan. No puede rechazar el Plan EGWP de Parte D del Plan, inscribirse en otro plan de Parte D aparte (como el que ofrecen CVS o Walgreens) y mantener la inscripción en un plan médico Medicare Advantage patrocinado por el Plan. Comuníquese con Retiree Health Care Connect si tiene preguntas sobre este aspecto de la cobertura de medicamentos con receta.

Recibirá una tarjeta para medicamentos con receta aparte y una cantidad de comunicaciones del Plan EGWP de Parte D con la descripción de estos beneficios en mayor detalle. Hay algunas diferencias y cosas que debe saber acerca de esta cobertura que se explican en las subsecciones siguientes.

El plan EGWP de Parte D tiene una estructura de copagos escalonada, un programa de venta por correo de 90 días y exige autorizaciones previas para algunos medicamentos.

C. FORMULARIO DEL PLAN Y MEDICAMENTOS CUBIERTOS

El plan EGWP de Parte D del Plan, como los planes de medicamentos con receta, cubre una lista de medicamentos específicos. Esta lista se denomina “formulario” e incluye qué medicamentos están cubiertos, qué concentraciones de dosis están cubiertas de esos medicamentos y las limitaciones que el Plan establece para el abastecimiento de ese medicamento. El formulario del plan EGWP de Parte D es aprobado por Medicare cada año antes de que forme parte de su Plan. Todos los años, se le enviará un resumen de este formulario con las comunicaciones del plan EGWP de Parte D.

Para determinar si un medicamento en particular está cubierto o no, debe llamar al administrador de beneficios de farmacia cuyo número de teléfono de servicio al cliente figura al final de esta *Descripción resumida del plan*.

D. MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y DE MARCA

Los medicamentos con receta se dispensan con dos nombres, el nombre genérico y el nombre de la marca. Un medicamento genérico es el equivalente químico a un medicamento de marca cuya patente ha expirado. Por ley, tanto los medicamentos genéricos como los de marca deben cumplir con los mismos estándares de seguridad, pureza y eficacia.

Tendrá los costos de desembolso más bajos si le pide a su médico que prescriba medicamentos genéricos siempre que sea posible.

Los medicamentos genéricos ayudan a controlar el costo de la atención de salud y a la vez proporcionan medicina de calidad, y pueden ser una fuente de ahorro significativa para usted y el Plan. Cuando obtiene un medicamento de marca, generalmente paga más porque son más caros. Su médico o farmacéutico pueden asistirlo en el reemplazo de un medicamento genérico cuando corresponda. Los medicamentos genéricos tienen un Copago menor que los medicamentos de marca. Para ahorrar aún más en costos, pida siempre a su médico que le recete un medicamento genérico.

El plan EGWP de Parte D clasifica a casi todos los medicamentos en “niveles” con diferentes montos de costo compartido. Los montos de costo compartido de cada nivel figuran en el *Programa de beneficios* y la *Carta con los aspectos destacados de los beneficios* más reciente.

Cuando se dispensa un medicamento de marca en lugar de una versión equivalente genérica, debe pagar un Copago más alto.

Si su médico no ha indicado “dispensar como se indica”, la receta se abastecerá automáticamente con un medicamento genérico. Si aun así desea el medicamento de marca, pagará un Copago más alto.

Si su médico no ha indicado “dispensar como se indica”, la receta se abastecerá automáticamente con un medicamento genérico. Si aun así desea el medicamento de marca, pagará un Copago más alto.

E. DÓNDE ABASTECER LAS RECETAS

1. Farmacia de venta por correo

La venta por correo le permite adquirir suministros para 90 días de medicamentos con receta de mantenimiento. Todos los medicamentos pedidos mediante el programa de venta por correo se envían directamente a su domicilio.

Para comenzar a usar la venta por correo, complete el formulario de pedido de medicamentos del administrador de beneficios de farmacia y envíeselo junto con la receta original del médico y el Copago correspondiente. Abastecerá su primera receta en dos semanas contadas a partir de que la envió por correo. Si necesita un medicamento de inmediato, asegúrese de que su médico le proporcione dos recetas: una receta para un suministro de 30 días para usar en una farmacia minorista y una segunda receta para un suministro de 90 días para enviar a la farmacia de venta por correo. Los reabastecimientos pueden pedirse en el sitio web del administrador de beneficios de farmacia, llamándolo o enviando por correo el comprobante de pedido de reabastecimiento.

Cuando tenga una nueva receta (sin importar si ha tomado antes el medicamento), puede optar por que el médico la envíe directamente a la farmacia de venta por correo. La farmacia de venta por correo debería entonces obtener su consentimiento para reabastecer el medicamento. Si abasteció un medicamento a través del programa de venta por correo en los últimos 12 meses, el Plan no necesitará su consentimiento en ese caso y simplemente le enviará el medicamento. Si la farmacia de venta por correo le pide su consentimiento para enviarle el medicamento, debe responder lo más rápido posible para evitar cualquier demora en su recepción.

Es posible que se le ofrezca la oportunidad de que se reabastezcan los medicamentos automáticamente a través de la venta por correo. El programa de reabastecimiento automático es voluntario. La información del programa que se le suministra explica los requisitos del programa según las reglas de Medicare.

Algunos medicamentos, incluidos los medicamentos especiales, pueden estar disponibles solo para un suministro de 30 días. Le recomendamos se comunique con el administrador de beneficios de farmacia para determinar qué medicamentos están disponibles solo para un suministro de 30 días.

Para encontrar la información de contacto de su farmacia de venta por correo, remítase al administrador de beneficios de farmacia en las páginas de información de contacto al final de esta *Descripción resumida del plan*.

2. Farmacia minorista

Usted tiene la opción de reabastecer sus medicamentos en persona en las farmacias de todo el país.

Para los suministros de 30 días, particularmente las recetas de sustancias controladas o los medicamentos para los cuales usted y su médico aún están tratando de encontrar la concentración adecuada, le recomendamos usar la farmacia minorista. Es posible que no esté permitido abastecer algunos medicamentos en la farmacia de venta por correo. Puede recibir medicamentos para más de 30 días en una farmacia minorista, pero le costarán más.

F. COPAGOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA

El monto del copago de su medicamento con receta se basa en el nivel en el que se encuentra. Los diferentes niveles se basan en si el medicamento es genérico o de marca y si el medicamento se dispensa en una farmacia minorista o en una farmacia de venta por correo. Los montos del copago se muestran por categoría y por nivel en el *Programa de beneficios* y la *Carta con los aspectos destacados de los beneficios* más reciente. Medicare tiene determinados máximos para los copagos permitidos, pero el Plan cubre parte del Copago de Medicare, por lo que a usted le queda un copago más bajo. Si el precio de descuento del medicamento con receta es más bajo que su copago, se le cobrará el monto más bajo.

Le recomendamos, siempre que sea posible, que utilice medicamentos genéricos, que tendrán un menor costo para usted.

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

Medicare Parte D no cubre el costo completo de los medicamentos con receta. Medicare paga poco o nada del costo de los medicamentos en el período sin cobertura o “donut hole”. El Plan cubre la falta de cobertura, por lo que no debería preocuparse por el período sin cobertura. Una vez transcurrido el período sin cobertura, usted alcanza la cobertura catastrófica y los copagos pueden disminuir.

Ayuda Extra: Ayuda Extra es un programa aprobado de Medicare que puede ayudarlo a ahorrar en los costos de los copagos de los medicamentos con receta de Medicare Parte D. Como miembro del Fideicomiso inscrito en Medicare, puede cumplir determinados límites de ingresos y recursos que lo hacen elegibles para reducciones significativas en los copagos que debe por cada receta. Para obtener más información sobre este programa, puede comunicarse con Public Consulting Group al 877-522-1061.

G. CALIDAD Y ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Para promover una atención adecuada en términos clínicos y de seguridad, hay recetas que pueden tener restricciones de cantidad o pueden requerir una autorización previa o una terapia escalonada.

1. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, la cantidad de medicamento que cubre el plan es limitada. El plan puede limitar la cantidad de medicamento que usted reciba cada vez que abastezca su receta. Estos límites se basan en los estándares nacionales y pautas actuales de las publicaciones médicas. Por ejemplo, un medicamento en particular utilizado para tratar las migrañas solo puede dispensarse en 9 (nueve) dosis cada 28 días.

2. Autorización previa

El plan EGWP de Parte D requiere la revisión de un médico para determinar si el medicamento califica para la cobertura del beneficio. La autorización previa puede utilizarse para determinar si usted realmente tiene la enfermedad para la cual se le prescribe el medicamento. Si su médico prescribe un medicamento que requiere una autorización previa, el administrador de beneficios de farmacia se comunicará con el médico para completar la revisión de la

autorización previa Como se indica más abajo, los medicamentos con receta para enfermedades distintas de las que aprobó la FDA para que trate ese medicamento no están cubiertas.

3. Terapia escalonada

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

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

H. EXCLUSIONES DE LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Los servicios de medicamentos con receta, suministros y medicamentos no cubiertos por el Plan incluyen:

- Los medicamentos no aprobados por la FDA (se permiten determinadas excepciones para usos no indicados en la etiqueta; comuníquese con el administrador de beneficios de farmacia para más información).
- Los medicamentos de venta libre sin receta (excepción: la insulina está cubierta).
- Medicamentos con la siguiente etiqueta: “Precaución: limitado para uso de investigación por ley federal”.
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos, incluso si contienen un medicamento con la leyenda federal.
- Dispositivos o aparatos médicos.
- Cargos por más reabastecimientos de los que su médico especifica o reabastecimientos después de un año de la fecha original de la receta.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil.

Nota: Los suministros para diabéticos están cubiertos por Medicare Parte B o por el programa de equipo médico duradero del Asegurador (por ejemplo, control de la glucosa en sangre en el hogar, tiras reactivas, etc.). Consulte la Sección IV, Subsección J, para más detalles.

VI. BENEFICIOS PARA TODOS LOS INSCRITOS

En esta sección, se describen los beneficios médicos para todos los inscritos en un plan Traditional Care Network. Esta es una descripción general solamente y las disposiciones del *Documento del plan* rigen respecto de su elegibilidad para la cobertura y beneficios específicos. Algunos de los términos específicos que se utilizan en esta sección están definidos en “Referencias rápidas” al final de esta *Descripción resumida del plan*.

NOTA: Si está inscrito en un plan HMO o Medicare Advantage, entonces esta sección no se aplica a usted. Consulte su *Certificado de cobertura* o *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre los beneficios médicos.

Usted paga el costo compartido a través de Deducibles, Coseguros y Copagos. Consulte el Programa de beneficios o la Carta con los aspectos destacados de los beneficios más reciente para conocer los montos.

A. CARACTERÍSTICAS DEL COSTO COMPARTIDO DE TODAS LAS OPCIONES

Usted debe pagar determinados costos de la cobertura de atención de salud, a saber:

1. **Deducible anual:** monto total que debe pagar cada año calendario por los servicios cubiertos antes de que el Plan pague. Los deducibles pueden variar según la cantidad de personas que haya en la cobertura. Una vez alcanzado el Deducible, puede aplicarse un Coseguro. Es posible que se apliquen deducibles “dentro de la red” y “fuera de la red” por separado.
2. **Coseguro:** el monto que quizá deba pagar a un proveedor por los servicios o suministros cubiertos una vez alcanzado el Deducible y hasta que alcance el Máximo de desembolso anual. Dicho monto se calcula como un porcentaje del Monto permitido para los servicios cubiertos. Si el Coseguro es del 10 %, por ejemplo, el Plan pagará el 90 % del Monto permitido y usted deberá pagar el 10 % restante. Los porcentajes de Coseguro pueden variar dependiendo de si los servicios se obtuvieron de Proveedores dentro de la red o no.
3. **Copago:** monto fijo en dólares que deberá pagar a un proveedor por servicios o suministros cubiertos específicos (como visitas a la sala de emergencias, atención de urgencia o medicamentos con receta) en el momento en que se brinda el servicio o el suministro. Los Copagos requeridos se pagan sin importar el estado de los Deducibles o los Máximos de desembolso aplicables. Los Copagos, por lo general, no se computan para calcular el Deducible ni el Máximo de desembolso del Plan.
4. **Máximo de desembolso anual:** monto máximo en dólares que puede tener que pagar durante un año calendario dado por los montos de Deducibles y Coseguro cobrados por determinados servicios y suministros cubiertos. Es posible que se apliquen máximos de desembolso “dentro de la red” y “fuera de la red” por separado. Los Copagos no se computan para calcular el Máximo de desembolso anual, tal como se explica en el punto 3 anterior.

NOTA: Es posible que algunos gastos no se computen para calcular el Deducible o el Máximo de desembolso. Además, es posible que algunos gastos no se paguen al 100 % aun después de que usted haya alcanzado el Máximo de desembolso. Estos son:

- Servicios por los que usted paga un Copago (en lugar de un Coseguro) (por ejemplo, visitas al consultorio, visitas de atención de urgencia).
- Servicios por los cuales usted no obtiene la autorización previa requerida.
- Servicios rechazados por el Plan como Experimentales o de Investigación o no Medicamente necesarios.
- Servicios que generalmente no están cubiertos por el Plan.

B. MONTOS PERMITIDOS SEGÚN EL PLAN

Salvo que se especifique lo contrario, los beneficios del Plan están cubiertos hasta el Monto permitido del Plan. El Monto permitido es la tarifa que el Plan y el proveedor acuerdan como tarifa adecuada por el servicio.

C. COBERTURA HOSPITALARIA

El Plan cubre servicios y suministros relacionados con la admisión en un Hospital. La cobertura se brinda solo por el período que es Medicamente necesario para tratamiento y atención adecuados del paciente, sujeto al período de beneficio máximo mencionado más abajo y otras disposiciones del Plan. Como condición de la cobertura, el Asegurador puede exigir una autorización previa de la admisión.

1. Cobertura hospitalaria como paciente interno

La mayoría de los servicios que recibe como paciente interno en un Hospital participante están cubiertos los 365 días con autorización previa. Para el tratamiento de la tuberculosis como paciente interno están disponibles hasta 45 días.

Si le dieron el alta del hospital, pero ahora debe regresar y ser admitido como paciente interno, el Plan lo cubrirá una cantidad de días en función del tiempo transcurrido desde que se convirtió en paciente interno. Si regresó a su hogar (no a un Centro de enfermería especializada, un Centro residencial para el tratamiento del abuso de sustancias ni un centro de Atención para enfermos terminales) y permaneció allí al menos 60 días, el Plan cubrirá otros 365 días de atención hospitalaria.

Si no regresó a su hogar, sino que ingresó a un centro como paciente interno, por ejemplo, en un Centro de enfermería especializada, hasta que vuelva a ingresar al hospital, el Plan cubrirá la estadía en el hospital con los días que queden de los 365 iniciales.

Si regresó a su hogar, pero debe volver al hospital y ha estado fuera del hospital menos de 60 días, el Plan cubrirá la estadía en el hospital con los días que queden de los 365 iniciales.

En otras palabras, el hecho de estar fuera del hospital y otro entorno como paciente interno durante 60 días genera un “restablecimiento” de las estadías cubiertas en el hospital. Esta regla se aplica sin importar por qué regresa al hospital (si regresa por su afección original o no).

Los servicios de Hospital cubiertos como paciente interno incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada, servicios de enfermería en general, comidas y dietas especiales. Los cargos por habitación privada están cubiertos a la tarifa estándar del Hospital por una habitación semiprivada, a menos que la habitación privada sea médicamente necesaria.
- Suministros médicos o quirúrgicos, medicamentos.
- Uso de quirófanos, otras salas de tratamiento quirúrgico, salas de parto y salas de recuperación.
- Servicios de anestesia.
- Productos sanguíneos y su administración (no se cubre la preservación ni el almacenamiento de sangre y componentes para uso futuro).
- Radiografías, electrocardiogramas, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas (MRI) y angiografías por resonancia magnética (MRA).
- Servicios de laboratorio y patología.

2. Hospitales fuera de la red

Puede recibir servicios en un Hospital que no pertenece a la red del Plan. El plan cubre los mismos servicios en hospitales fuera de la red que en los hospitales dentro de la red. La diferencia es que usted debe pagar el costo compartido fuera de la red más alto.

3. Hospitales no participantes

El Plan solo cubrirá los servicios recibidos en un Hospital no participante en caso de una emergencia médica. Fuera de esas circunstancias específicas, lo que usted pague dependerá de la cobertura que pueda estar disponible aparte de la del Plan (es decir, Medicare, seguro del cónyuge), aunque es posible que deba pagar el costo entero. No se brinda cobertura para los servicios que no son de emergencia recibidos en un hospital no participante. El tratamiento en un hospital no participante puede implicar una obligación financiera significativa de su parte. Se recomienda que determine qué hospitales participan con su Asegurador antes de que necesite la atención hospitalaria. Los hospitales no participantes son distintos de los hospitales fuera de la red. Consulte la definición de "Proveedor participante" para más información.

4. Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio

Usted puede recibir servicios de un Hospital como paciente ambulatorio. Estos son servicios que no requieren su admisión en el Hospital para que los reciba. Los servicios proporcionados incluyen, entre otros, cargos de centros, servicios de laboratorio y radiología, terapia IV y medicina nuclear. Si recibe el suministro de un artículo en el Hospital como paciente ambulatorio (como un medicamento u otros suministros), quizá deba usar ese suministro en su tratamiento antes de dejar el hospital para que el suministro esté cubierto. El Asegurador sabrá responder sus preguntas sobre si un servicio en particular está cubierto o no.

5. Autorización previa

El Plan puede exigirle a usted, a su proveedor de atención de salud o al Hospital que obtengan una autorización previa de todas las hospitalizaciones que no sean de emergencia ni por maternidad y de otros servicios determinados. Las admisiones de emergencia deben informarse dentro de las 24 horas posteriores a la admisión. Debe informar a su Proveedor o al Hospital que la autorización previa se puede obtener llamando al número de teléfono gratuito impreso en la tarjeta de identificación de atención de salud.

En dos casos, es posible que usted deba pagar el costo de la estadía en el hospital relacionado con la autorización previa.

1. Usted eligió ingresar al hospital a pesar de que le rechazaron la autorización previa. El Plan no pagará nada de la estadía en el hospital.
2. Usted elige seguir hospitalizado después de que le rechazan la autorización previa de su solicitud de estadía adicional en el hospital. El Plan pagará los días de Hospital hasta que venza la autorización previa original. Luego usted deberá pagar los días que permanezca en el hospital.

Recuerde, el proceso de autorización previa determina cuándo y por cuánto tiempo se pagarán los beneficios. La decisión sobre si ser hospitalizado y por cuánto tiempo sigue dependiendo de usted y de su proveedor de atención de salud.

El Plan no restringirá los beneficios de estadía en el Hospital relacionados con el nacimiento para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal normal ni a menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, esto no impide que el proveedor interviniente de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, les dé el alta antes de las 48 horas (o las 96 horas correspondientes). El Plan no exigirá al proveedor una autorización del Asegurador para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

6. Servicios de observación

El Plan cubrirá su estadía en observación en un hospital y los servicios relacionados con esas circunstancias:

- después de una cirugía como paciente interno;
- después de ser “admitido” en la sala de emergencias (hasta 48 horas);
- después de una orden posterior a una visita al consultorio del médico o un centro de enfermería especializada;
- después de una autorización previa del plan (hasta 48 horas).

Los servicios de observación se utilizan para proporcionar servicios médicos o de enfermería activos a corto plazo o de control para estabilizar su afección. Los servicios de observación o la atención de observación se consideran servicios hospitalarios como paciente ambulatorio, aun cuando hayan comenzado en la sala de emergencias del hospital. La cobertura por dichos servicios generalmente se limita a 48 (cuarenta y ocho) horas, a menos que los médicos determinen que es médicamente necesario que sea prolongada. Ese tiempo adicional debe estar aprobado por el Plan.

7. Atención de emergencia

Los beneficios se proporcionan en caso de lesiones accidentales (lesiones físicas, como fracturas, esguinces, etc.) y emergencias médicas calificadoras.

Una emergencia médica es una afección que amenaza contra la vida o puede dejarlo incapacitado que exige atención médica y tratamiento de inmediato. La afección debe ser tal que si no se garantiza tratamiento médico en 72 horas desde su aparición, la salud permanente del paciente podría estar en peligro o podría implicar un deterioro significativo de las funciones del organismo. Las emergencias médicas estarán cubiertas según los signos y síntomas del paciente, según lo verificado por el médico en el momento del tratamiento y no en función del diagnóstico final.

Los reclamos por emergencia médica se pagan si la emergencia es una afección que amenaza contra la vida o puede dejarlo incapacitado y que requiere atención médica y tratamiento de inmediato.

Si es admitido en el hospital como paciente interno o es aprobado para el ingreso a una unidad de observación más de 24 horas, se lo eximirá del Copago de sala de emergencias. Si le dan el alta sin ser admitido en el hospital como paciente interno, deberá pagar el Copago de la sala de emergencias.

La atención de emergencia puede tener dos componentes: los **cargos de los profesionales**, como los de los servicios proporcionados por un médico tratante, y los **cargos del centro**, como los correspondientes al uso de la sala de emergencias en el Hospital.

- **Cargos de los profesionales:** el Plan cubre los servicios del médico por el examen inicial y el tratamiento de afecciones ocasionadas por lesiones accidentales y emergencias médicas calificadas, donde quiera que se administren los servicios. La atención de seguimiento del médico no está cubierta por el beneficio de atención de emergencia.
- **Cargos del centro:** el Plan cubre los servicios de la sala de emergencias del Hospital en los hospitales participantes y no participantes para el tratamiento de lesiones accidentales y emergencias médicas.

Se aplicará un Copago por el tratamiento en la sala de emergencias, a menos que el paciente sea admitido. Las admisiones de emergencia deben informarse al Asegurador dentro de las 24 horas. Los cargos del centro y de los profesionales por la atención de seguimiento en una sala de emergencias no están cubiertos. Ya sea que el tratamiento inicial se brinde en una sala de emergencias de Hospital o no, la atención de seguimiento no está cubierta en una sala de emergencias.

8. Cobertura en centros ambulatorios independientes

La cobertura se brinda para la mayoría de los servicios ambulatorios, como el tratamiento de lesiones accidentales y determinadas emergencias médicas, cirugía, terapia de infusión IV y el uso de dispositivos de respiración asistida o equipos similares.

9. Cobertura en centros ambulatorios independientes

Los centros de atención de urgencia pueden proporcionar atención para determinadas afecciones médicas urgentes pero que no ponen en riesgo la vida. Si usted se enferma o lesiona fuera de los horarios de atención del consultorio del médico o fuera de su área local cuando se produce la enfermedad o la lesión y requiere atención inmediata, puede usar un centro de atención de urgencia para recibir tratamiento. Los cargos de los servicios del médico y los cargos del centro aplicables en un centro de atención de urgencia están a cargo del Plan.

D. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Es posible que necesite ayuda adicional cuando le den el alta en el hospital o en un centro de enfermería especializada o cuando su enfermedad o afección médica empeora. En esos casos, el Plan le proporcionará atención médica en el hogar sujeto a aprobación previa. Los servicios de atención médica en el hogar en el Plan no pretenden ayudarlo con sus actividades básicas para vivir, sino proporcionarle asistencia para que realice la terapia necesaria, tome el medicamento correcto a la hora correcta y controle cualquier signo que indique que su salud ha empeorado.

La cobertura para los servicios Médicamente necesarios se proporciona a través de un programa de atención médica en el hogar participante y aprobado para brindar atención especializada a tiempo parcial e intermitente, incluido el pago de auxiliares de enfermería especializada y de atención médica en el hogar. “Tiempo parcial” implica, por lo general, menos de ocho horas por día, mientras que “intermitente” significa, por lo general, menos de siete días a la semana. Cada visita del miembro del equipo de atención médica en el hogar, cada visita ambulatoria aprobada a un Hospital o a un centro de enfermería especializada y cada visita de un auxiliar de atención médica en el hogar se considera el equivalente a una visita de atención médica en el hogar.

Los beneficios de atención médica en el hogar se coordinan con los beneficios de hospital, lo cual significa que usted puede recibir beneficios de atención médica en el hogar de hasta tres visitas por cada día remanente sin utilizar del período de beneficios de Hospital como paciente interno. La cantidad máxima de visitas del beneficio de atención médica en el hogar es de 1,095 (que son los 365 días de atención hospitalaria multiplicados por tres). Los períodos de 1,095 visitas vuelven a comenzar cuando no ha estado en el Hospital, en un centro de enfermería especializada ni en ningún otro centro ni ha recibido un servicio que se considera “estadía como paciente interno” durante 60 días consecutivos.

Por ejemplo, si recibe atención médica en el hogar después de pasar 100 días en el Hospital, puede recibir beneficios de atención médica en el hogar por hasta 795 visitas (365 días – 100 días = 265 días x 3 = 795 visitas de atención médica en el hogar).

E. COBERTURA DE ATENCIÓN PARA ENFERMOS TERMINALES

La Atención para enfermos terminales está diseñada para brindar atención de soporte a las personas en la etapa final de su enfermedad terminal y se centra en el confort y la calidad de vida, más que en la cura de la enfermedad. Si bien la atención para enfermos terminales no pretende curar la enfermedad terminal, puede tratar afecciones potencialmente curables

como la neumonía y las infecciones de vejiga. La Atención para enfermos terminales, cuando se la proporciona a través de un programa aprobado de Atención para enfermos terminales, está cubierta. Esta cobertura incluye atención para controlar el dolor o las molestias de una enfermedad terminal, y el tratamiento de otras enfermedades o afecciones que normalmente estarían cubiertas por el Plan.

La Atención para enfermos terminales ofrece alivio del dolor y de los síntomas de una enfermedad terminal.

La persona con la enfermedad terminal (por lo general, con menos de 6 meses de vida) debe tener una certificación por escrito de un médico de que tiene una enfermedad terminal y que cumple con los criterios adecuados de esperanza de vida. La persona debe presentar una declaración de elección en la que el programa de Atención para enfermos terminales consienta los términos de la atención en centros para enfermos terminales. Los beneficios de la Atención para enfermos terminales se limitan a 210 días durante toda la vida.

F. COBERTURA MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Usted cuenta con cobertura para una variedad de servicios médicos y quirúrgicos, entre otros:

- Cirugía y anestesia, incluida la atención prequirúrgica y posquirúrgica (la cirugía plástica y reconstructiva está sujeta a limitaciones y exclusiones).
- Consultas en el Hospital.
- Atención médica en el Hospital.
- Servicios de diagnóstico por imágenes, laboratorio y patología necesarios y adecuados.
- MRI, MRA, CT, PET y servicios similares forman parte del diagnóstico por imágenes y pueden estar limitados a determinados diagnósticos, el uso de centros aprobados por el Asegurador o una autorización previa.
- El pago de mamografías digitales se limita al Monto permitido para las mamografías estándar.
- Radioterapia y quimioterapia para determinados tipos de afecciones malignas (por ejemplo, cáncer) (puede requerir autorización previa, dependiendo de la terapia y la afección en particular).
- Inmunizaciones y vacunas recomendadas por el Comité asesor de prácticas de vacunación de los Centros para el Control de Enfermedades.
- El programa para dejar de fumar basado en el comportamiento, si tiene autorización previa del Asegurador.
- Rehabilitación pulmonar y fase I y fase II de rehabilitación cardíaca.

Consulte el *Programa de beneficios*, las *Cartas con los aspectos destacados de los beneficios* y el material del Asegurador para obtener más detalles y conocer las limitaciones a las coberturas mencionadas.

Beneficios de segunda opinión quirúrgica

El Plan pagará para que usted tenga una segunda o tercera opinión quirúrgica antes de proceder con la cirugía de la atención médicamente necesaria. Debe recibir servicios médicos de un médico de la red y acordar una segunda o tercera opinión con el Asegurador.

Si recibe una segunda opinión, todos los servicios estarán cubiertos por completo, incluida la consulta del médico y las radiografías, los servicios de laboratorio y otras pruebas que se necesiten. Si el médico que le brinda la segunda opinión no está de acuerdo con las recomendaciones del primer médico, puede obtener una tercera opinión de un médico de la red.

G. SERVICIOS DE AMBULANCIA

Si la ambulancia es médicamente necesaria, el Plan cubre el transporte en ambulancia hasta el centro más cercano disponible calificado para tratarlo según se describe a continuación. Tenga en cuenta que si la compañía de ambulancias no es un Proveedor dentro de la red, puede cobrarle el saldo entre el Monto permitido del Plan y el monto total de la factura.

1. Ambulancia terrestre

- Traslado entre Hospitales, debido a que el hospital original no cuenta con el centro de tratamiento, el equipo o el personal necesario.
- Traslado de ida o de ida y vuelta para un paciente internado en el Hospital que debe ser llevado a un centro no hospitalario para realizarle un examen de diagnóstico cubierto (siempre que el centro sea un centro participante), cuando los servicios no estén disponibles en el hospital en el que el paciente es admitido ni en un hospital de la red local cercano.
- Traslado de ida y vuelta de un inscrito que no puede salir de su casa desde su hogar hasta el centro más cercano disponible calificado para tratarlo cuando no pueden utilizarse otros medios de transporte sin que eso implique poner en riesgo la vida del inscrito.
- Traslado de emergencia para transportar al inscrito de ida desde su casa o desde la escena del incidente en los casos de Emergencia médica o Lesión accidental hasta el centro más cercano disponible calificado para tratar al paciente.

2. Ambulancia aérea y marítima

Si se necesita una ambulancia aérea o marítima, la cobertura puede estar sujeta a restricciones tales como limitaciones de millaje y un Coseguro. La cobertura se brindará únicamente para el uso de proveedores de ambulancia aérea dentro de la red. Si se determina que el transporte en ambulancia terrestre hubiere bastado, el pago se limitará al monto que se habría pagado por una ambulancia terrestre.

El pago del Plan se hará por el Monto permitido en la región en la que reciba el traslado.

H. TERAPIA OCUPACIONAL FUNCIONAL AMBULATORIA Y TERAPIA DEL HABLA

Usted tiene cobertura para la terapia ocupacional funcional ambulatoria y terapia del habla si la ordena su médico. Antes de recibir la terapia ocupacional funcional ambulatoria o terapia del habla, comuníquese con su Asegurador para determinar si los servicios estarán cubiertos para la afección y si el proveedor ambulatorio es un Proveedor dentro de la red. **Los beneficios de terapia ocupacional funcional o terapia del habla NO se pagan si se reciben de un Proveedor fuera de la red.**

Se cubren hasta 60 visitas combinadas (por afección calificada) por año calendario para terapia física, ocupacional funcional y del habla como paciente ambulatorio, proporcionada por un Proveedor dentro de la red o un centro dentro de la red. El límite de 60 visitas anuales (por afección calificada) puede renovarse después de una cirugía o la recurrencia de una afección.

- Si un mismo día se proporcionan múltiples tratamientos terapéuticos (ya sea terapia física, ocupacional funcional o del habla), se considerará realizada una sola visita.
- La terapia del habla está cubierta cuando está relacionada con el tratamiento de una afección médica orgánica o el estado posoperatorio o convaleciente inmediato de la enfermedad de un paciente. NO está cubierta en el caso de afecciones crónicas de larga data o anomalías del habla heredadas (una excepción es para los niños que necesitan terapia del habla con menos de seis años de edad que tienen trastornos en el desarrollo del habla congénitos y graves).

I. COBERTURA DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Usted tiene cobertura de los servicios de salud mental y abuso de sustancias. El Plan tiene contrato con el Administrador de beneficios de salud del comportamiento para ayudarlo a encontrar un Proveedor dentro de la red y con otros tipos de ayuda. Puede encontrar la información de contacto del Administrador de beneficios de salud del comportamiento al final de esta *Descripción resumida del plan*.

Usted debe obtener la aprobación previa del Administrador de beneficios de salud del comportamiento antes de que el Plan cubra los servicios de salud mental y abuso de sustancias.

Cuando elija al proveedor, ese proveedor debe contactar al Administrador de beneficios de salud del comportamiento para pedirle autorización para continuar con el tratamiento. Solo tendrá el beneficio máximo si elige un Proveedor dentro de la red.

El Plan proporciona beneficios por los siguientes servicios de salud mental y abuso de sustancias Médicamente necesarios:

- Hasta un máximo de 45 días de atención como paciente internado por servicios de salud mental y abuso de sustancias en un período de beneficios en el Hospital o un Centro residencial para el tratamiento del abuso de sustancias.
- Los servicios cubiertos de salud mental y abuso de sustancias como paciente ambulatorio se limitan a 35 visitas por período de beneficios.
- Hasta 90 días en un Centro de enfermería especializada por servicios de atención de salud mental médicamente necesarios, sin incluir la Atención de custodia o domiciliaria.
- Hasta 90 días o noches de atención médicamente necesaria en un Centro de tratamiento de hospitalización parcial de salud mental y abuso de sustancias dentro de la red.
- Pruebas psicológicas, cuando estén autorizadas por el Administrador de beneficios de salud del comportamiento.

Si los servicios de **salud mental** para pacientes ambulatorios son prestados por un médico fuera de la red, la primera visita estará cubierta. Las visitas no autorizadas a un médico fuera de la red se pagarán al 50 % del monto que se habría pagado a un Proveedor dentro de la red. Estos pagos se le realizarán a usted, no al proveedor. Usted debe pagarle al proveedor.

Si los servicios de **abuso de sustancias** son prestados por un Proveedor fuera de la red, los servicios no estarán cubiertos a menos que se obtenga la aprobación del Administrador de beneficios de salud del comportamiento antes del tratamiento.

Los servicios de abuso de sustancias, como la dispensa de metadona, la toma de muestras de orina, los exámenes físicos u otros procedimientos de diagnóstico, solo están cubiertos si se realizan el mismo día en que recibe servicios profesionales tales como terapia, asesoramiento o pruebas psicológicas.

Los servicios de asesoramiento familiar solo están disponibles para los inscritos en el Plan y los brinda el mismo proveedor que brinda los servicios para el miembro de la familia que está en tratamiento.

J. COBERTURA DENTAL

Una cobertura dental de calidad es importante para mantener su salud en general. La cobertura dental que ofrece el Plan tiene dos niveles de Proveedores dentro de la red. Si va a un dentista PPO, tendrá el costo compartido más bajo. Aquí tiene un resumen del beneficio y del costo compartido aplicable.

Servicio	Qué porcentaje paga el Plan (usted paga el porcentaje restante)		
	Dentista PPO	Dentista Premier	Dentista no participante
Servicios de diagnóstico, preventivos y de restauraciones menores			
Exámenes, limpiezas (de rutina y periodontal dos veces al año), tratamientos con flúor	100 %	100 %	100 %
Tratamiento de emergencia	100 %	100 %	100 %
Radiografías	100 %	90 %	90 %
Todos los demás servicios			
Empastes (no blanco, metálico)	100 %	90 %	90 %
Endodoncia (tratamiento de conducto), periodoncia (enfermedad de las encías), extracciones (extirpación de dientes), servicios de recubrimiento y reparación (en dentaduras postizas, puentes e implantes)	100 %	90 %	90 %
Cirugía de restauración mayor (coronas) y otras cirugías orales	90 %	90 %	90 %
Servicios prostodónticos (puentes y dentaduras postizas)	70 %	50 %	50 %
Servicios de ortodoncia (aparatos) El tratamiento debe comenzar antes de los 19 años de edad	60 %	50 %	50 %
Máximo ortodóntico de por vida	\$2,000 por persona		
Máximo anual del Plan	\$1,700 por persona		

K. COBERTURA DE LA VISIÓN

Aquí tiene un resumen del beneficio y del costo compartido aplicable de los Proveedores dentro de la red.

Servicio	Cobertura dentro de la red
Examen de la visión de rutina anual	Cubierto en su totalidad
Reexamen por un oftalmólogo (a los 60 días de la examinación inicial del optometrista, cuando es médicamente necesario)	Asignación de \$45 que se aplica al costo total
Lentes estándar (vidrio o plástico) <ul style="list-style-type: none">• Unifocales• Bifocales/trifocales• Especial (lenticulares, esféricas, etc.)	Cubierto en su totalidad cada 24 meses
Marcos estándar	Cubierto en su totalidad cada 24 meses
Marcos de diseño	Asignación de \$40 cada 24 meses
Evaluación y colocación de lentes de contacto y atención de seguimiento (en lugar de anteojos)	Asignación de \$40 cada 24 meses
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Asignación de \$75 cada 24 meses
Lentes de contacto Médicamente necesarios	Asignación de \$350 cada 24 meses

L. BENEFICIO DE AUDÍFONOS

El beneficio de audífonos del Plan se describe en el *Programa de beneficios*.

M. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Los servicios médicos, suministros y otros gastos de atención de la salud **no cubiertos** incluyen:

- Los servicios, incluidos los días de internación, proporcionados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura o después de la finalización de la cobertura.
- Los servicios que no son Médicamente necesarios.
- Atención, servicios, tratamiento, suministros, dispositivos y medicamentos que son Experimentales o de Investigación.
- Servicios no solicitados por un médico, un proveedor ni ningún otro profesional de atención de salud.
- Servicios hospitalarios (incluidos los cargos del centro y de los profesionales) no incluidos:
 - Atención de custodia, domiciliaria, convaleciente, en un hogar de ancianos y de descanso.
 - Servicios que consisten principalmente en tratamiento dental o extracciones de dientes.
 - Admisiones principalmente para terapia física, pruebas o estudios o control ambiental.
 - Admisiones en el Hospital y tratamiento para bajar de peso o control de dieta (excepto en caso de una cirugía de bajapés gástrico calificada).
 - Cirugía con fines cosméticos, excepto para corrección de anomalías congénitas, cicatrices traumáticas y afecciones resultantes de lesiones accidentales, y reconstrucción del seno vinculada con una mastectomía.

- Estadías en Centros de enfermería especializada no cubiertas:
 - Estadías principalmente para Atención de custodia o domiciliaria.
 - Estadías para atención del paciente con tuberculosis.
- Cargos del centro por servicios quirúrgicos proporcionados en centros de cirugía ambulatorios fuera de la red.
- Servicios de los médicos relacionados con tratamientos de diálisis en el hogar.
- La cobertura no está disponible para los servicios de tratamiento de trastornos mentales una vez que se determine que no pueden modificarse.
- La cobertura no incluye terapia de entretenimiento o recreativa (por ejemplo, un programa organizado de actividades basadas en el ocio), que, además, puede incluir actividades que mejoren o mantengan las habilidades de la persona de cuidarse ella misma y vivir a diario.
- Reversiones de esterilizaciones.
- Inseminación artificial o fertilización *in vitro* para Dependientes que no son su Cónyuge.
- Pruebas y tratamiento de alergias.
- Queratoplastia refractiva (queratotomía radial) o procedimientos de la visión similares.
- Tratamiento de problemas de articulación de la mandíbula, como la disfunción de la articulación temporomandibular y los trastornos cráneomandibulares.
- Servicios quiroprácticos, excepto los servicios radiológicos de diagnóstico y de primeros auxilios relacionados con la columna vertebral y huesos y tejidos relacionados.
- Servicios recibidos como consecuencia de una Lesión accidental o una enfermedad cubiertos por la Ley de compensación para trabajadores u otras leyes similares.
- Exámenes físicos prematrimoniales, preocupacionales o similares o pruebas que no están directamente relacionadas con el diagnóstico de una enfermedad o una lesión.
- Servicios cubiertos de algún modo por programas federales o estatales, excepto en lo que el Plan describe más arriba con el Plan como pagador secundario o cuando la ley federal requiere que el Plan lo cubra como Asegurador primario.
- Gastos incurridos por lesiones resultantes de la comisión o la tentativa de un delito grave por parte de la persona cubierta. Si la lesión o enfermedad es consecuencia de violencia doméstica o la comisión o tentativa de un delito grave es consecuencia directa del factor de salud subyacente, es posible que la exclusión no se aplique.

VII. BENEFICIOS DEL PLAN PARA MIEMBROS QUE NO SON DE MEDICARE

En esta sección, se explica su cobertura médica cuando no es elegible para Medicare pero está inscrito en la opción Traditional Care Network (TCN). Si usted se encuentra en la opción Traditional Care Network, pero no está inscrito en Medicare porque no es elegible, esta sección y la Sección VI para todos los inscritos le informarán al respecto de sus beneficios médicos. Si tiene una HMO, consulte el *Certificado de cobertura* para obtener una descripción de estos beneficios.

A. COBERTURA DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

El Plan cubre la atención en un Centro de enfermería especializada médicamente necesaria en determinadas circunstancias por un tiempo limitado. Un Centro de enfermería especializada es un centro fuera del hospital que proporciona atención de enfermería las 24 horas al día bajo la supervisión de un médico y una enfermera registrada. Los Centros de enfermería especializada se utilizan para rehabilitación y otros servicios de enfermería especializada.

Se proporciona cobertura por un máximo de 100 días de atención brindada en un Centro de enfermería especializada aprobado por período de beneficios. Si no utiliza los 100 días permitidos en el período de beneficios, utilizará los días restantes de la asignación de 100 días para la atención en un Centro de enfermería especializada siempre y cuando esté dentro de los 60 días del alta de un Centro de enfermería especializada o un Hospital. Usted tiene derecho a un nuevo período de beneficios de 100 días si no ha estado en un Centro de enfermería especializada o un Hospital durante 60 días consecutivos. También tendrá cobertura otro período de beneficios de 100 días para la atención en un Centro de enfermería especializada al comienzo de cada año del Plan. El médico podrá verlo hasta dos veces por semana mientras está en un Centro de enfermería especializada.

La atención en un Centro de enfermería especializada está cubierta si es aprobada previamente y si usted tiene un pronóstico favorable y su nivel de recuperación es predecible.

El Plan cubrirá la atención en un Centro de enfermería especializada solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- Tiene días disponibles en su período de beneficios de 100 días y su estadía tiene aprobación previa.
- Los servicios son médicamente necesarios para el tratamiento de su afección.
- El Centro de enfermería especializada debe ser un centro que participe en el Plan (sin cobertura en centros fuera de la red).
- Su médico ha solicitado los servicios que necesita de atención en un Centro de enfermería especializada, que requiere las habilidades de personal profesional, como una enfermera registrada, una enfermera práctica licenciada, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta del habla y son proporcionados y supervisados por estos profesionales especializados.

- El paciente debe estar recuperándose de una lesión o enfermedad que tenga un pronóstico favorable y un nivel de recuperación predecible.
- La atención debe caber en un plan de tratamiento aprobado por el Asegurador.
- La intensidad de la atención que necesita el paciente requiere una combinación de servicios de enfermería especializada diarios menor que la de un Hospital general de atención aguda pero mayor que los disponibles en el lugar de residencia del paciente.

No se brindarán servicios para lo siguiente:

- Las afecciones que no son médicamente necesarias o no requieren servicios de enfermería especializados.
- Las admisiones que son principalmente de custodia por naturaleza, para asistencia básica para vivir o para el tratamiento de la tuberculosis.
- Cuidado tutelar de adultos, residencia asistida o Atención de custodia (como ayudar a los pacientes a entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, caminar o tomar medicamentos que puedan autoadministrarse).
- Los pacientes que han alcanzado el máximo nivel de recuperación posible para su afección particular y ya no necesitan tratamiento más que atención de apoyo de rutina.
- Los servicios proporcionados por Centros de enfermería especializada no participantes o fuera de la red.

Consulte la Sección VI, Subsección I sobre la cobertura en Centro de enfermería especializada con cobertura de salud mental o abuso de sustancias.

B. SERVICIOS PREVENTIVOS

Se recomienda hacer uso de los servicios preventivos puesto que si se realiza los exámenes de detección adecuados, puede prevenir problemas de salud en el futuro. El Plan cubre los exámenes de detección que reciben una recomendación A o B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos y determinados servicios preventivos adicionales. Los servicios preventivos están excluidos de los requisitos de Deducible anual, Copago y Coseguro cuando se reciben de Proveedores dentro de la red.

Aproveche los servicios preventivos cubiertos. Pueden ayudarlo a identificar un riesgo médico.

Los servicios preventivos pueden tener limitaciones de género, edad o frecuencia, como las pruebas de antígeno prostático específico, que están disponibles solo para hombres entre determinadas edades. Comuníquese con su Asegurador para más información. Si la cantidad de servicios preventivos cubiertos en un período de tiempo es limitada, como uno por año, el primer servicio será considerado como el preventivo y estará exento del costo compartido. Los servicios adicionales en un período de tiempo, los servicios de diagnóstico adicionales, los servicios proporcionados fuera de las ventanas de edad relacionadas y los servicios proporcionados por Proveedores fuera de la red están sujetos a determinadas características de costo compartido (como los requisitos de Deducible anual, Copago o Coseguro) y a las disposiciones normales del Plan.

C. VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO

Están cubiertas seis visitas al consultorio del médico para quienes no están inscritos en Medicare y para los Dependientes inscritos en el plan Traditional Care Network (TCN). Estas visitas al consultorio incluyen una visita de bienestar y cinco visitas de rutina. Para aprovechar este beneficio, debe recibir tratamiento de un Proveedor dentro de la red. Entre los proveedores cubiertos se encuentran médicos de familia, médicos generalistas, médicos internistas, geriatras, obstetras/ginecólogos, pediatras, enfermeros profesionales y asistentes de médicos. Las visitas al consultorio del especialista no están cubiertas en este beneficio.

D. ADMINISTRACIÓN DE CASOS OBLIGATORIA

En algunas instancias, quizá deba participar en el programa de Administración de Casos obligatorio. El Plan, a través de su Asegurador, puede exigir la participación en el programa de Administración de Casos para determinadas afecciones que son complejas, graves o raras. En el programa de Administración de Casos obligatorio, es posible que se le pida una segunda opinión para confirmar su diagnóstico y que la medicación que toma es apropiada para maximizar su tratamiento médico. La segunda opinión puede ser de uno de los dos proveedores elegidos por el Plan. Consulte la Subsección E más adelante.

En caso de que el miembro se rehúse a participar en el programa de Administración de Casos obligatorio, el Plan no pagará los servicios médicos, tratamientos, situaciones, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con la afección.

E. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA OBLIGATORIA

En algunos casos, es posible que el Plan le exija una segunda opinión médica para revisar o confirmar un diagnóstico o un plan de tratamiento. El Plan cubrirá los costos de los servicios conectados con la segunda opinión, como las radiografías y los análisis de sangre. El Plan le ofrecerá elegir entre dos proveedores diferentes para que obtenga la segunda opinión. Si se rehúsa a buscar una segunda opinión, el Plan puede discontinuar la cobertura de los servicios relacionados con el diagnóstico o plan de tratamiento y otros servicios.

F. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Todos los trasplantes deben estar aprobados previamente por el Plan (excepto en casos de emergencia). Todos los trasplantes deben realizarse en un centro de excelencia aprobado por el Asegurador (por ejemplo, Blue Distinction Centers for Blue Cross Blue Shield).

La inscripción en el programa de Administración de Casos es obligatorio para todos los trasplantes, excepto de riñón, cornea o piel. Si no participa en el programa de Administración de Casos, todos los servicios médicos, tratamientos, situaciones, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con el trasplante no estarán cubiertos.

Comuníquese con su Asegurador para más información.

G. EQUIPO MÉDICO DURADERO(DME) Y PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS (P&O)

Usted tiene cobertura para el DME (durable medical equipment, equipo médico duradero) y P&O (prosthetic and orthotic, prótesis y aparatos ortopédicos) Médicamente necesarios que le

prescriba su médico. Usted o su médico pueden comunicarse con el Asegurador para solicitar una autorización previa, procesar los reclamos, localizar proveedores de la red y plantear otras preguntas o inquietudes.

1. Proveedores de DME y P&O dentro de la red

Los aparatos de DME y P&O deben ser proporcionados por un Proveedor dentro de la red. Para identificar cuáles son, comuníquese con su Asegurador. **Si se utiliza un proveedor de DME fuera de la red, no se pagarán los beneficios.**

Los aparatos de DME y P&O deben ser médicamente necesarios y estar previamente aprobados por un Asegurador.

2. Cobertura de DME

La cobertura de DME incluye pero no se limita a lo siguiente:

- Equipos que cumplen con los estándares del Plan y son apropiados para el uso en el hogar y que generalmente incluyen el requisito de ser aprobados en Medicare Parte B.
- Las reparaciones necesarias para restablecer el funcionamiento del equipo para que esté en las mismas condiciones que cuando se compró (no incluye el mantenimiento de rutina).
- Estimuladores neuromusculares.
- Estimuladores del crecimiento óseo con campos electromagnéticos externos, en determinados casos aprobados.
- Estimuladores de presión gradual, como las medias de soporte vascular, para determinados pacientes.
- Manga para mastectomía.
- Aparatos de movimiento pasivo continuo (hombro y codo) después de una cirugía de hombro o codo y solo 21 días como máximo.
- Bastones comunes y con patas de apoyo (comprados, no alquilados).

La cobertura de prótesis y aparatos ortopédicos (P&O) incluye pero no se limita a lo siguiente:

- Aparatos P&O Equipos que proporciona un centro dentro de la red y cumplen con los estándares del Plan (que incluyen el requisito de ser aprobados para reembolso en Medicare Parte B y el reemplazo, la reparación, la colocación y los ajustes del aparato).
- Zapatos terapéuticos y ortopédicos, plantillas, arcos de soporte y modificaciones en el zapato cuando los zapatos forman parte de un aparato cubierto (a menos que sea diabético y luego las modificaciones a su zapato no deban formar parte del aparato).

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

- Pelucas y peluquines (cuando se cae el cabello debido a quimioterapia, radiaciones u otros tratamientos para el cáncer).
- Lentes recetados después de una operación de cataratas o una operación para reemplazar lentes perdidos debido a una afección congénita.
- Aparatos o dispositivos que se implantan quirúrgicamente de forma permanente en el cuerpo (excepto los aparatos o dispositivos Experimentales o de Investigación) o aquellos que se utilizan en forma externa mientras está en el Hospital como parte de un equipo hospitalario habitual o cuando lo prescribe el médico para usar fuera del Hospital.

H. PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA MIEMBROS QUE NO TIENEN MEDICARE EN EL PLAN TCN

1. Gastos cubiertos de medicamentos con receta

Usted tiene cobertura para sus medicamentos con receta. Los medicamentos con receta cubiertos incluyen los medicamentos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos) y que deben estar etiquetados con la leyenda “Precaución: prohibida su distribución sin receta por ley federal” y la insulina. No incluye los medicamentos de venta libre.

2. Cómo funciona la cobertura de medicamentos con receta

Su cobertura de medicamentos con receta comprende las farmacias minoristas y de venta por correo, y está administrada por un administrador de beneficios de farmacia. Los beneficios se proporcionan para el pago del cargo de medicamentos con receta, menos el Copago aplicable por cada receta o reabastecimiento por separado.

3. Copagos de los medicamentos con receta

Cuando abastece un medicamento con receta, por lo general paga un Copago. Si el costo del medicamento es menor al Copago, usted solo paga el costo del medicamento. El monto del Copago de los medicamentos con receta para cada receta o reabastecimiento se determina según si el medicamento es genérico o de marca, el nivel del medicamento y la forma en que se dispensa. El Plan establece estos Copagos anualmente y los publica en la *Carta de aspectos destacados de los beneficios*.

Para ahorrar aún más en costos, pida siempre a su médico que le recete un medicamento genérico.

4. Medicamentos genéricos y de marca

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

Cuando recibe un medicamento de marca, en especial un medicamento de marca no preferido, generalmente paga más. Su médico o farmacéutico pueden asistirlo en el reemplazo de un medicamento genérico cuando corresponda. Los medicamentos genéricos tienen el Copago más bajo. Para ahorrar aún más en costos, pida siempre a su médico que le recete un medicamento genérico.

Si su médico no ha indicado “dispensar como se indica”, la receta se abastecerá automáticamente con un medicamento genérico (cuando esté disponible). Si aun así desea el medicamento de marca, pagará un copago más alto.

5. Lista de medicamentos de mantenimiento

Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman de forma continua (tres meses o más), como los que se utilizan para tratar la presión arterial alta o el colesterol alto. El Plan tiene una lista de medicamentos de mantenimiento que solo están cubiertos para los miembros que no son de Medicare cuando se los abastece en una venta por correo después de la dispensa inicial. Encontrará la lista completa en el sitio web del administrador de beneficios de farmacia que figura en la información de contacto al final de esta *Descripción resumida del plan*. Esta lista está sujeta a cambios periódicos.

Algunos de los medicamentos que más se recetan en la *Lista de medicamentos de mantenimiento* son:

- **Controlar la presión arterial**
- **Colesterol alto**
- **Diabetes**
- **Problemas de tiroides**

- Las recetas de los medicamentos que están en la *Lista de medicamentos de mantenimiento* que se abastecen en una farmacia minorista participante están limitadas a un suministro de 30 días.
- El Plan cubrirá solo los primeros tres abastecimientos de los medicamentos con receta en su farmacia minorista (el abastecimiento inicial y dos reabastecimientos).
- En el cuarto abastecimiento, debe recurrir a la venta por correo o pagar el costo total del medicamento en la farmacia minorista.

Si comienza a tomar el medicamento con receta de la *Lista de medicamentos de mantenimiento*, el administrador de beneficios de farmacia lo notificará acerca de cómo usar la venta por correo.

Pueden aplicarse reglas especiales si reside en un centro de atención a largo plazo o de residencia asistida. Comuníquese con el administrador de beneficios de farmacia si tiene preguntas acerca de la *Lista de medicamentos de mantenimiento*.

6. Farmacia minorista

En caso de que necesite un medicamento a corto plazo, puede recibir un suministro de hasta 30 días de su medicación cubierta por un Copago minorista. Lo mejor si necesita un medicamento a corto plazo es abastecer sus recetas en una farmacia minorista. Por ejemplo, si necesita un antibiótico para tratar una infección, puede ir a una de las tantas farmacias que participan en la red. La farmacia minorista también es apropiada en situaciones en las que el médico no ha determinado cuáles son los medicamentos, las concentraciones ni las dosis que se necesitan para satisfacer sus necesidades continuas.

a. Farmacias minoristas participantes

El Plan tiene contrato con el administrador de beneficios de farmacia para proporcionar una red nacional de farmacias minoristas participantes. Cuando adquiera medicamentos con receta cubiertos

de una farmacia minorista participante, simplemente presente la receta y su tarjeta de identificación en la farmacia y pague el Copago minorista. No necesita presentar otros reclamos en papel ante el administrador de beneficios de farmacia cuando utiliza una farmacia minorista participante.

Para averiguar si una farmacia participa en la red, llame al administrador de beneficios de farmacia al número que figura en la sección de información de contacto al dorso de esta *Descripción resumida del plan*.

b. Farmacias minoristas no participantes

Cuando adquiere medicamentos con receta cubiertos de una farmacia minorista no participante, debe pagar el precio total (100 %) de la receta y obtener un recibo que luego pueda enviar al administrador de beneficios de farmacia para solicitar el reembolso. Se le reembolsará el 75 % del precio del medicamento del Plan después de deducir el Copago aplicable. Usted deberá pagar la diferencia del costo entre el monto cobrado y el precio del Plan, más el 25 % del precio del Plan después de deducir el Copago minorista.

Ejemplo: Lynn abastece un medicamento cubierto en una farmacia no participante. No estaba fuera de su hogar sin acceso a una farmacia participante, por ejemplo, de vacaciones, ni se trataba de una emergencia. La farmacia le cobra a Lynn \$550 por los medicamentos. Ella envía el recibo al administrador de beneficios de farmacia para solicitar un reembolso. El medicamento era genérico, por lo que su Copago es de \$12. El precio del medicamento del Plan es de \$500. El administrador de beneficios de farmacia enviará a Lynn \$363 en total (el precio del Plan de \$500 x 0.75 = \$375. \$375 – Copago de \$12 = \$363). Lynn habrá pagado \$187 por los medicamentos.

Si debe adquirir los medicamentos con receta en una farmacia no participante debido a que se encuentra fuera de su hogar sin acceso a una farmacia participante o debido a una emergencia, deberá pagar el cargo total de todos modos y enviar el reclamo de reembolso. No obstante, se le reembolsará el 100 % del precio del Plan menos el Copago aplicable.

Los formularios para enviar los reclamos de medicamentos con receta adquiridos en una farmacia minorista no participante están disponibles a través del administrador de beneficios de farmacia y deben enviarse en el plazo de un año desde la fecha en que se dispensó el medicamento para ser elegible para la cobertura.

7. Farmacia de venta por correo

La venta por correo le permite adquirir suministros para 90 días de medicamentos con receta de mantenimiento. Todos los medicamentos pedidos mediante el programa de venta por correo se envían directamente a su domicilio.

Para comenzar a usar la venta por correo, complete el formulario de pedido de medicamentos del administrador de beneficios de farmacia y envíeselo junto con la receta original del médico y el Copago correspondiente. Abastecerá su primera receta en dos semanas contadas a partir de que la envió por correo. Si necesita un medicamento de inmediato, asegúrese de que su médico le proporcione dos recetas: una receta para un suministro de 30 días para usar en una farmacia minorista y una segunda receta para un suministro de 90 días para enviar a la farmacia de venta por correo. Los reabastecimientos pueden pedirse en el sitio web del administrador de beneficios de farmacia, llamándolo o enviando por correo el comprobante de pedido de

reabastecimiento.

Para encontrar la información de contacto de su farmacia de venta por correo, remítase a la información de contacto al final de esta *Descripción resumida del plan*.

8. Calidad y administración de la utilización

Para promover una atención adecuada en términos de seguridad y clínicos y a la vez controlar los costos, la cobertura de medicamentos con receta puede tener restricciones de cantidad o requerir una autorización previa o una terapia escalonada.

a. Restricciones de cantidad:

Para algunos medicamentos, la cantidad de medicamento que cubre el plan es limitada basada en los estándares nacionales y pautas actuales de las publicaciones médicas. Estos límites garantizan que la cantidad de unidades suministradas por cada receta sea coherente con las pautas de dosis clínicas, incluso que logre generarse la tolerancia requerida al medicamento, y el diseño del plan de beneficios.

b. Autorización previa:

El Plan requiere la revisión de un médico para determinar si el medicamento califica para la cobertura del beneficio. Si el médico receta un medicamento que requiere una autorización previa, el administrador de beneficios de farmacia se comunicará con el médico para completar la revisión de la autorización previa.

c. Terapia escalonada:

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

9. Exclusiones de los gastos de medicamentos con receta

Los servicios de medicamentos con receta, suministros y medicamentos no cubiertos por el Plan incluyen:

- Los medicamentos no aprobados por la FDA, incluso para usos no indicados en la etiqueta (significa que los medicamentos se pueden recetar, pero no están aprobados para esa afección o grupo etario).
- Medicamentos disponibles sin receta.
- Medicamentos con la siguiente etiqueta: "Precaución: limitado para uso de investigación por ley federal".
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos, incluso si contienen un medicamento con la leyenda federal.
- Dispositivos o aparatos médicos.

- Medicamentos con receta no cubiertos por una receta actual.
- Medicamentos que no figuran en el *Formulario* del Plan.
- Los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare Parte B o por el programa de equipo médico duradero del Asegurador (por ejemplo, control de la glucosa en sangre en el hogar, tiras reactivas).
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil.
- Medicamentos de la clase de inhibidores de la bomba de protones (PPI) que se utilizan para tratar afecciones tales como acidez estomacal, reflujo ácido (GERD) y úlceras.
- El cargo por un medicamento por el cual la persona tiene derecho a recibir un reembolso conforme a las leyes de compensación de trabajadores o a los beneficios sin cargo de programas municipales, estatales o federales.
- Los medicamentos compuestos que contienen productos excluidos por el Plan.
- Medicamentos de eficacia clínica no comprobada.
- Medicamentos que tienen alternativas clínicamente equivalentes más baratas.

VIII. REGLAS DEL PLAN PARA MIEMBROS QUE NO SON DE MEDICARE

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

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando usted o sus Dependientes tienen cobertura de más de un plan, puede haber una cobertura duplicada, es decir, dos planes que pagan beneficios por los mismos gastos. Por ejemplo, usted puede estar cubierto por el Plan y por la cobertura del empleador de su Cónyuge. Cuando esto sucede, el Plan coordina los beneficios de los dos (o más) planes que los cubren a usted y a sus Dependientes. La coordinación de beneficios les garantiza a usted y a su proveedor que no se pague dos veces por el mismo beneficio.

Las reglas de coordinación de beneficios determinan quién pagará los reclamos de atención de salud como pagador primario cuando usted o un familiar están cubiertos por más de un plan. El plan primario procesa los reclamos primero. Una vez que el plan primario pagó, el plan secundario revisa el saldo remanente para ver si hay beneficios adicionales pagaderos. Todos los cargos cubiertos por el Plan están sujetos a la coordinación de beneficios.

NOTA: La coordinación de beneficios cuando usted o un Dependiente tienen Medicare se aborda en la sección anterior sobre la coordinación de Medicare con el plan TCN. Esta sección se centra en la coordinación cuando Usted o un Dependiente tienen dos planes que no son de Medicare.

El Plan puede pagar el saldo secundario de los servicios cubiertos hasta el monto que el Plan hubiera pagado si fuera la única cobertura. Si el plan no cubriría el servicio cuando es el único plan que paga, no cubrirá el servicio cuando pague como plan secundario.

Si usted o sus Dependientes están inscritos en dos Planes patrocinados por el Fideicomiso, no se coordinarán los dos Planes. Solo recibirá los beneficios de un Plan del Fideicomiso. Por ejemplo, Mary es viuda de John, que trabajó en GM y Chrysler y luego se jubiló. Si Mary es admitida en el hospital, igualmente tendrá que pagar un coseguro después del deducible. El plan patrocinado por el Fideicomiso para los jubilados de GM no cubre la parte impaga del Plan patrocinado por el Fideicomiso para los jubilados de Chrysler.

1. Orden del pago de beneficios

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

- El plan de salud primario paga los beneficios primero, sin considerar a ningún otro plan de salud.
- Cuando el Plan es el plan secundario, los cargos cubiertos se procesan para que el total de los beneficios pagos no superen el Monto permitido del Plan.

El Plan coordinará sus beneficios con otros planes. No recibirá el mismo beneficio dos veces ni su proveedor recibirá el pago dos veces porque tenga dos planes (aun cuando ambos planes sean planes del Fideicomiso).

- Si no sigue los procedimientos del plan primario y se le niega la cobertura de un servicio por ese motivo, el Plan no pagará como plan secundario ni primario ese reclamo.
- Si el plan primario niega su cobertura porque no es un beneficio cubierto de ese plan, el Plan puede pagar como plan secundario si es un beneficio cubierto del Plan.

El plan de salud sin reglas de coordinación de beneficios siempre es el plan primario. Si todos los planes tienen una regla de coordinación, los cargos cubiertos se coordinan de la siguiente manera:

- El plan de salud que cubre a usted o a sus Dependientes como empleado activo o como jubilado que no es de Medicare, en lugar de como dependiente, es el plan primario. Si usted o sus Dependientes están cubiertos en el mismo estado por más de un plan (es decir, activo y activo, jubilado y jubilado, etc.), el plan que lo cubrió más tiempo es el primario.
- Si es jubilado o incapacitado y está cubierto por Medicare, y también está cubierto como dependiente de su cónyuge que es empleado activo, el plan de salud del empleado activo es el plan primario.
- Si un hijo Dependiente está cubierto por más de un plan de salud, el plan del empleado o el inscrito primario cuyo cumpleaños tenga lugar primero en el año calendario es el primario. Si los cumpleaños son el mismo día, el plan que cubrió al dependiente más tiempo es el primario.

Si es separado, divorciado o soltero, los hijos dependientes están cubiertos de la siguiente manera:

- Si una orden judicial responsabiliza a uno de los padres por la atención de salud del hijo, el plan de ese padre es el primario.
- Cuando no hay una orden judicial que designa a quién corresponde la responsabilidad financiera, el plan del padre con la custodia física es el primario, seguido en orden por el plan del cónyuge (o pareja doméstica del mismo sexo) del padre con la custodia, el plan del padre que no tiene la custodia y el plan del cónyuge (o pareja doméstica del mismo sexo) del padre que no tiene la custodia.
- Si los padres tienen la responsabilidad física y financiera compartida, el plan del padre que cumple años primero en el año es el primario.

Si la persona cuya cobertura es proporcionada por un derecho de continuación brindado por la ley federal o estatal (por ejemplo, COBRA) también está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado o jubilado o a su dependiente es el primario y la cobertura de la continuación es secundaria.

Si las reglas precedentes no determinan cuál es el plan primario, el plan que cubrió a la persona más tiempo es el primario. Si no se puede determinar con estas reglas, los gastos permitidos se compartirán equitativamente entre los planes.

Si usted está cubierto por este Plan y por Medicaid, el Plan paga primero y Medicaid paga después.

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

2. Coordinación con otras pólizas de seguro

El Plan coordinará la cobertura con otras pólizas de seguro, incluidas las coberturas de grupo o individuales de automóviles, de propietario, de establecimientos, protección contra lesiones personales o cobertura sin culpa, incluidos los pagos médicos. Las demás pólizas de seguro serán primarias. El Plan no pagará más que el Monto permitido del Plan. Los deducibles y copagos se incluirán en el cálculo de la coordinación de los beneficios.

SITUACIÓN	PLAN QUE PAGA PRIMERO	PLAN QUE PAGA DESPUÉS
George: Jubilado de UAW RMBT/no de Medicare (Fideicomiso) (titular de la póliza) casado con Mary: Jubilado de ABC Co./no de Medicare (titular de la póliza) George y Mary figuran como cónyuges independientes en la cobertura del otro.		
- Reclamo de George	Plan del Fideicomiso	Plan de ABC Co.
- Reclamo de Mary	Plan de ABC Co.	Plan del Fideicomiso
George: Jubilado (titular de la póliza) del Fideicomiso casado con Mary: empleado activo de ABC Co. George y Mary figuran como cónyuges independientes en la cobertura del otro.		
- Reclamo de George	Plan del Fideicomiso	Plan de ABC Co.
- Reclamo de Mary	Plan de ABC Co.	Plan del Fideicomiso

Ejemplo: Dos planes de salud

Aquí tiene un ejemplo de cómo funciona el cálculo de la coordinación de beneficios cuando hay dos planes de salud involucrados:

- Mary es cónyuge de un jubilado de UAW llamado John. Mary es jubilada pero no de Medicare y tiene su propia cobertura médica a través de ABC Health. Mary también figura como dependiente en el plan de John a través del Fideicomiso de Beneficios Médicos para Jubilados del UAW (Fideicomiso).
- Cuando Mary recibe servicios, su plan de salud de jubilada (ABC Health) es el plan primario y el plan del Fideicomiso de John es el plan secundario.

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

El plan de salud como jubilada de Mary es el primario. ABC Health paga los beneficios primero de la siguiente manera:

Monto permitido en el plan de Mary - ABC Health	\$2800.00
Menos el Deducible requerido por el plan de Mary - ABC Health [que paga Mary]	-400.00
Saldo	2400.00
Menos el 20 % de Coseguro de ABC Health [que paga Mary]	480.00
Pago realizado en el plan de Mary - ABC Health	1920.00
Obligación de Mary	\$ 880.00

El plan del Fideicomiso de John es secundario. Como plan secundario, el Fideicomiso no pagará más que lo que habría pagado si el Fideicomiso hubiese sido el plan primario. Se realizan dos cálculos:

- El **primer cálculo** simplemente determina cuánto habría pagado el Fideicomiso si hubiese sido el plan primario.
- El **segundo cálculo** determina cuánto pagaría el Fideicomiso como plan secundario. NOTA: Los montos de Deducible y Coseguro no satisfechos que se requieran en el plan del Fideicomiso se consideran en el cálculo del pago secundario.

El siguiente ejemplo supone que el deducible del Fideicomiso no se ha satisfecho:
Primer cálculo (cuánto habría pagado el Fideicomiso si hubiese sido el plan primario)

Monto permitido en el plan de John - Fideicomiso	\$3000.00
Menos el Deducible requerido en el plan de John - Fideicomiso	-385.00
Saldo	2615.00
Menos el 10 % de Coseguro del Fideicomiso dentro de la red	-261.50
Pago si el plan de John - Fideicomiso fuese primario	\$2353.50

Segundo cálculo (cuánto pagaría el Fideicomiso como plan secundario)

Monto permitido en el plan de Mary - ABC Health	\$2800.00
Menos el Deducible requerido en el plan de John - Fideicomiso	-385.00
Saldo	2415.00
Menos el 10 % de Coseguro del Fideicomiso dentro de la red (trasladado desde el cálculo primario del Fideicomiso)	-261.50
Saldo	2153.50
Menos el monto pagado en el plan de Mary - ABC Health	-1920.00
Monto del pago secundario del Fideicomiso	\$233.50
Pago total de Mary (Deducible de \$400 de ABC Health + Coseguro de \$480 de ABC Health - monto del pago del Fideicomiso de \$233.50)	\$ 646.50

B. PROCESO DE RECLAMO

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

1. ¿Qué es un “reclamo”?

Un reclamo es una solicitud para que el Plan cubra un beneficio o servicio.

George visita a su médico. El médico presenta el reclamo ante el Plan en nombre de George.

2. Cómo presentar un reclamo

Debe presentar su tarjeta de identificación de atención de salud cuando vaya a un Hospital, centro de tratamiento ambulatorio, médico u otro proveedor de atención de salud de servicios cubiertos en cualquier parte del país. Si va a una farmacia, también debe mostrar su tarjeta de identificación de medicamentos con receta. La mayoría de los proveedores, incluidos todos los Proveedores dentro de la red, le facturarán al Asegurador y este les pagará directamente a ellos. La información de contacto de su Asegurador, incluidas las direcciones, figura en su tarjeta de identificación y al final de esta *Descripción resumida del plan*.

Cuando el proveedor no presenta un reclamo por usted, usted debe presentar los cargos directamente ante el Asegurador en la dirección que figura en su tarjeta de identificación. El pago que reciba por ese servicio, si aún no le ha pagado al proveedor y pretende un reembolso del Plan, debe remitirlo de inmediato al proveedor. Si el proveedor no le factura al Asegurador directamente, puede preguntar por qué no lo hace.

En las farmacias, presentar su tarjeta de identificación de medicamento con receta y pedir el abastecimiento de la receta no es, técnicamente, un reclamo. El reclamo tiene lugar cuando usted se comunica (o alguien lo hace por usted) con el administrador de beneficios de farmacia. La mayoría de las veces, la farmacia realiza este paso por usted.

Ejemplo 1:

George visita a su médico dentro de la red. La persona del área de recepción hace una copia de su tarjeta. Después de que George visita al médico, este procura que su consultorio presente el reclamo ante el Plan. El médico emite una receta para George para que pruebe un nuevo medicamento para tratar la presión arterial. George va a su farmacia participante local para abastecer la receta. La farmacia abastece el medicamento de George. La farmacia presenta el reclamo ante el Plan.

Ejemplo 2:

George va a abastecer su receta a la farmacia. El medicamento no figura en el formulario del Plan, pero George decide que quiere el medicamento igualmente. Lo paga de su bolsillo. George luego presenta un reclamo ante el Plan para solicitar el reembolso. Si el Plan aún niega el medicamento (lo cual es probable porque no está en el formulario del Plan), George tiene la opción de apelar.

3. Fecha límite para la presentación de reclamos

Los reclamos vencen, **como máximo**, al final del año calendario siguiente al año de servicio. Los reclamos recibidos posteriormente a este período serán rechazados a menos que usted pueda demostrar que no fue posible proporcionar un aviso de reclamo en el plazo requerido y que el reclamo se envió lo antes posible.

4. Aviso de decisión sobre el reclamo

El Asegurador le enviará un aviso con la decisión sobre su reclamo. Normalmente, se envía en forma de una *Explicación de beneficios*, que se envía por correo a su hogar y describe qué está cubierto y qué no. Cuando un artículo no está cubierto, el aviso hará referencia a las disposiciones específicas del Plan sobre las cuales se basa el rechazo y explicará si es necesario que envíe información adicional. En el aviso, el Asegurador identificará la dirección adonde debe enviar la apelación si usted no está de acuerdo con la decisión tomada sobre el reclamo (las apelaciones están cubiertas en la Subsección C más adelante). El Asegurador decidirá respecto de su reclamo en el plazo establecido para el tipo de reclamo en cuestión (por ejemplo, reclamo urgente, reclamo previo al servicio, reclamo posterior al servicio o reclamo de atención concurrente). A continuación se describen estos tipos de reclamos y las reglas aplicables a cada uno de ellos.

5. Tipos de reclamos y plazos para las decisiones

a. Reclamos urgentes

Se aplican reglas especiales en el caso de los reclamos presentados para solicitar atención médica de urgencia o para abastecer un medicamento con receta. Estas reglas exigen que se lo notifique del estado del reclamo en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud para su revisión. Específicamente, un reclamo de atención de urgencia es un reclamo para solicitar atención médica o tratamiento o un medicamento con receta que, si se determina en el plazo establecido para tomar determinaciones sobre un reclamo previo al servicio:

1. Pondría en peligro su vida o su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones completamente si se aplicaran los estándares normales previos al servicio.
2. Le causaría dolor grave que no podría controlar en forma adecuada sin la atención o el tratamiento que busca, en la opinión de un proveedor que conoce su afección.

Ejemplo:

Un sábado, George estaba mirando un partido de fútbol cuando comenzó a sentir un dolor intenso en el pecho. Llama a una ambulancia, que lo lleva a la sala de emergencias más cercana. El médico de George decide que necesita realizarse una angioplastia en las próximas 72 horas. El Hospital o el médico presentan un reclamo de atención de urgencia en nombre de George. Normalmente el servicio estará cubierto, pero si se rechaza el servicio, George tendrá la posibilidad de presentar una apelación urgente tal como se describe en la subsección C.

b. Reclamos previos al servicio

Un reclamo previo al servicio es aquel que se realiza por un beneficio por el cual el Plan requiere la aprobación del beneficio (en todo o en parte) antes de que reciba atención médica o reciba un medicamento con receta en particular. En esta *Descripción resumida del plan*, si lee que un beneficio necesita “aprobación previa”, quiere decir que es un beneficio para el cual se requiere un reclamo previo al servicio. El Asegurador o el administrador de beneficios de

farmacia le informarán acerca de la decisión tomada respecto del reclamo previo al servicio en un plazo de 15 días contados desde la recepción de su solicitud.

Ejemplo:

Lynn se lastima la rodilla bajando las escaleras. El médico quiere que Lynn se realice una cirugía artroscópica en la rodilla para ver cuál es el problema. El cirujano debería presentar un reclamo previo al servicio para asegurarse de que está cubierto.

c. Reclamos posteriores al servicio

Los reclamos posteriores al servicio son aquellos reclamos que se realizan por beneficios de atención de salud que no son reclamos previos al servicio. En el caso de un reclamo posterior al servicio, según lo definen las regulaciones aplicables, el Asegurador lo notificará de la determinación sobre el beneficio analizado en un plazo razonable, como máximo 30 días después de recibido por parte del asegurador.

d. Reclamos concurrentes

Un reclamo concurrente es aquel que se realiza por un beneficio después de que el Plan aprueba un tratamiento continuo para un período de tiempo (como días en el hospital) o una cantidad de tratamientos (10 visitas de terapia física) y se pretende una extensión de los beneficios o el Plan finaliza el tratamiento porque usted ha mejorado. En el caso de un reclamo concurrente, según lo definen las regulaciones aplicables, el Asegurador lo notificará de la determinación de beneficios tan pronto como sea posible y a tiempo para permitirle enviar una apelación antes de que el beneficio se reduzca o finalice.

Ejemplo:

Lynn ingresa al hospital con su rodilla que no da más. Al cabo de unos días, puede pararse y caminar sola. Lynn quiere quedarse en el hospital, por lo que el Hospital envía un reclamo para extender la estadía. El rechazo del Plan a esa extensión es un reclamo concurrente porque Lynn tenía un tratamiento continuo aprobado (días en el hospital) y pretendió una extensión de ese beneficio (más días).

	Urgente	Concurrente	Previo al	Posterior al
El Plan debe tomar una determinación sobre el beneficio reclamado inicial tan pronto como sea posible, como máximo:	72 horas	Antes de que el beneficio se reduzca o se termine el tratamiento	15 días	30 días
¿Se permite una extensión durante la determinación sobre el beneficio inicial?	No	No	15 días	15 días

C. PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

Si un reclamo es rechazado, en todo o en parte, usted tiene derecho a presentar una apelación para que lo revisen. Debe seguir los procedimientos que se describen en esta sección para presentar una apelación. El Plan sigue los procedimientos de apelación que exige la ley ERISA. Dado que hay partes en esta Subsección que son complicadas (y están redactadas para cumplir con los requisitos legales), después de estas reglas incluimos un ejemplo con George.

Se le dará la oportunidad de que el administrador del Plan o un delegado revise en forma justa y completa el rechazo del reclamo. El rechazo del reclamo se denomina “determinación adversa”. Si se utilizó una regla interna, pauta, protocolo o criterio similar para tomar esa determinación adversa, se le indicará qué regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico se utilizó o una declaración de que la determinación adversa se tomó sobre la base de alguno de ellos. A pedido, podemos entregarle una copia sin cargo de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio. Si la determinación adversa sobre el beneficio se basó en una necesidad médica o tratamiento Experimental o exclusión o límite similar, se le proporcionará una explicación del criterio científico o clínico que llevó a tomar esa decisión, aplicando los términos del plan a sus circunstancias médicas, o bien se le entregará sin cargo una declaración de dicha explicación cuando lo solicite.

El Plan ha autorizado al Asegurador para que interprete y aplique el Plan discrecionalmente. La persona o personas del Asegurador que decidan sobre la apelación no serán quienes tomaron la determinación adversa sobre el beneficio que es objeto de la apelación ni un subordinado de esa persona. La revisión no dará deferencia al rechazo inicial.

Al decidir sobre la apelación de una determinación adversa sobre un beneficio que se basa en todo o en parte en una opinión médica, incluidas las determinaciones respecto de si un tratamiento, medicamento u otro artículo particular es Experimental o de Investigación o no es Médicamente necesario o apropiado, el Asegurador:

- consultará a un profesional de atención de salud capacitado y con experiencia en el campo de la medicina involucrado en la opinión médica;
- identificará a los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Asegurador para la determinación adversa del beneficio, independientemente de si el asesoramiento se utilizó para tomar la determinación sobre el beneficio; y
- establecerá que el profesional de atención de salud involucrado a los efectos de la consulta referenciada anteriormente será una persona a la cual no se le haya consultado para tomar la determinación adversa sobre el beneficio objeto de la apelación ni un subordinado de esa persona.

Una vez que recibe el aviso de rechazo del reclamo, en todo o en parte, tiene 180 días para solicitar por escrito ante el Asegurador que corresponda la revisión del reclamo. Si el reclamo cumple con la definición de atención de urgencia conforme a las regulaciones federales aplicables, la solicitud debe realizarse por teléfono. Como parte de la revisión, puede enviar comentarios escritos que respalden el reclamo. Se le enviará una decisión por escrito sobre la solicitud de revisión tal como se describe en el cuadro.

Tiene dos niveles de apelación de reclamos médicos y reclamos de medicamentos con receta.

- Para iniciar la revisión de nivel 1, usted o su representante autorizado deben enviar al Asegurador una declaración escrita para explicar por qué está en desacuerdo con la determinación. Un Asegurador en particular no puede llamar a esta primera apelación de “nivel 1”, sino que todos los aseguradores deben hacerlo. Incluya en la solicitud toda la documentación, los registros o los comentarios que considere que respaldan su posición. Debe solicitar la revisión como máximo 180 días calendario después de recibir la decisión del reclamo. Envíe por correo la solicitud escrita para revisión a la dirección que figura en la carta que el Asegurador le envió para notificarle que no aprobó el beneficio o el servicio que solicitaba. El Asegurador responderá su solicitud de revisión por escrito en 30 días, a menos que le haya notificado por escrito que necesita información adicional para completar la revisión. Si está de acuerdo con la respuesta, la determinación se considerará final y la revisión finalizará.
- Si no está de acuerdo con la respuesta a su apelación de nivel 1, puede proceder al nivel 2. Puede solicitar una revisión de nivel 2 por escrito como máximo 30 días calendario después de recibir la determinación de nivel 1 de reclamos médicos y 90 días calendario para los reclamos de medicamentos con receta. Envíe por correo su solicitud a la dirección que figura en la carta que el Asegurador le envió para notificarle que no aprobó la apelación de nivel 1. Proporcione toda la documentación, los registros y los comentarios que considere que respaldan su posición. El Asegurador le enviará su determinación por escrito en 30 días desde la recepción de su solicitud para una revisión de nivel 2, a menos que le notifique por escrito que necesita información adicional para completar la revisión. El administrador de beneficios de farmacia le informará acerca de la decisión tomada en el segundo nivel de apelaciones respecto de los reclamos de medicamentos con receta previos al servicio en un plazo de 15 días contados desde la recepción de su solicitud.
- Si no está de acuerdo con la determinación final o si el Asegurador no emite una determinación en cada nivel en el plazo de 30 días o no cumple con los procedimientos de revisión del nivel 1 o el nivel 2, usted tiene derecho a iniciar una acción civil conforme a lo establecido en el artículo 502(a) de la ley ERISA para obtener sus beneficios. El segundo nivel de apelaciones de reclamos no urgentes se considera final y vinculante. No obstante, puede apelar a través del proceso de apelación voluntaria que se describe a continuación. Si no desea solicitar una apelación voluntaria, tiene derecho a iniciar una acción civil conforme lo establecido en la ley ERISA.

Ejemplo:

El médico de George quiere probar un nuevo procedimiento del que escuchó hablar recientemente en una conferencia. George quiere seguir el consejo de su médico. George se somete al procedimiento y los resultados obtenidos son buenos. El médico de George envía un reclamo al Asegurador para que le pague el procedimiento. Sin embargo, el Asegurador rechaza el reclamo de George, dado que considera que el procedimiento era “Experimental”. En el rechazo se le explica a George que el procedimiento no es generalmente aceptado como apropiado en términos médicos para su afección.

George, dado que mejoró, está en desacuerdo con el Asegurador. Él y su médico hablan de apelar. George se lleva una declaración de su médico en la que afirma que el procedimiento es de una naturaleza generalmente aceptada y que fue médicamente necesario para George. George escribe al Asegurador e incluye información adicional unos días más tarde (antes del plazo de 180 días para apelar).

El Asegurador revisa la apelación. Los empleados del Asegurador que revisan el caso no son los mismos que revisaron el reclamo inicialmente. El Asegurador también hará que un médico de su personal revise las publicaciones que correspondan y la aceptación del procedimiento en la comunidad médica pertinente. Luego de la revisión, el Asegurador aún considera que el procedimiento es Experimental. George, tras recibir la notificación de que el rechazo continúa, coordina con su médico y presenta una segunda apelación en 30 días.

El Asegurador nuevamente pone a un grupo de personas distintas a revisar el reclamo e incluso puede buscar una opinión médica externa. En el segundo nivel de apelación, el Asegurador no ve que haya consenso acerca de si el procedimiento es apropiado en términos médicos, por lo que determina que es Experimental. George tiene entonces la opción de hacer lo que se describe en la siguiente sección sobre apelaciones voluntarias.

Reclamos médicos				
	Urgente	Concurrente	Previo al servicio	Posterior al servicio
La solicitud de apelación debe enviarse al Plan en un plazo de	180 días	180 días	180 días	180 días
El Plan debe tomar una determinación sobre el beneficio reclamado en apelación tan pronto como sea posible, como máximo:	72 horas	Antes de que el beneficio se reduzca o se termine el tratamiento.	30 días	30 días
La segunda solicitud de apelación debe enviarse al Plan en un plazo de	N/C	N/C	30 días desde la recepción de la determinación de la apelación de primer nivel	30 días desde la recepción de la apelación de primer nivel
Reclamos de medicamentos con receta				
La solicitud de apelación debe enviarse al Plan en un plazo de	180 días	N/C	180 días	180 días
El Plan debe tomar una determinación sobre el beneficio reclamado en apelación tan pronto como sea posible, como máximo:	72 horas	N/C	15 días	30 días
La segunda solicitud de apelación debe enviarse al Plan en un plazo de:	N/C	N/C	90 días	90 días
El Plan debe tomar una decisión de apelación de segundo nivel tan pronto como sea posible, como máximo:	N/C	N/C	15 días	30 días

6. Proceso de apelación voluntaria

Si no está de acuerdo con la decisión del procesador de apelaciones del Asegurador, tiene la opción de presentar una apelación voluntaria ante el Plan. La determinación final del Plan completa el proceso de apelación, por lo que usted no está obligado a presentar una apelación voluntaria.

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

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

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

Ejemplo:

George “agotó” todas las instancias de apelación con el Asegurador y ahora debe decidir si (a) acepta la decisión del asegurador y busca otra forma de pagar el procedimiento, (b) no acepta la decisión del asegurador, contrata a un abogado e inicia una demanda ante el Tribunal de Distrito local en los EE. UU. o (c) presenta una apelación voluntaria ante el Plan.

George elige la opción (c) y sigue las instrucciones anteriores para presentar una apelación voluntaria ante el Plan. El Plan revisa el caso y analiza la evidencia presentada por él y por el Asegurador. Aproximadamente un mes después, el Plan escribe a George para informarle que determinó que el procedimiento no era Experimental, y que el Plan ha ordenado al Asegurador que pague el reclamo.

7. Proceso legal

No podrá iniciar una acción en ningún tribunal para recuperar los beneficios si no agota antes todas las instancias de los procesos de reclamo y apelación del Plan. No obstante, no está obligado a seguir el proceso de apelación voluntaria antes de iniciar una acción legal. Las acciones legales contra el Plan deben iniciarse dentro del año posterior a la fecha de la última decisión emitida por el Plan o su Asegurador respecto del reclamo. Si envía un reclamo para apelación voluntaria, ese límite de un año queda suspendido mientras se realiza la revisión. Una vez finalizada la apelación voluntaria, se inicia un nuevo límite de un año.

8. Representantes autorizados

Su representante autorizado, que puede ser su Cónyuge, un hijo adulto u otra persona, puede presentar un reclamo por usted y representarlo en la revisión de cualquier reclamo si usted no puede hacerlo.

Comuníquese con el Asegurador para solicitarle el formulario para designar un representante autorizado. El Plan puede solicitar información adicional para verificar que esta persona está autorizada a actuar en su nombre. Un profesional de atención de salud con conocimiento de su afección médica puede actuar como representante autorizado en un reclamo de atención de urgencia (según se define más adelante) sin que usted deba completar el formulario especial de autorización.

9. Cesión de beneficios

Usted y sus Dependientes son los beneficiarios previstos de este Plan. Cuando usted consulta al médico, se realiza un análisis o abastece una receta, el Plan le paga (a través del Asegurador) a esos proveedores directamente, en lugar de enviarle el dinero a usted.

Se espera entonces una “cesión” de sus derechos a ese proveedor. No obstante, no puede ceder su derecho a los beneficios y al pago a ningún tercero, a menos que el Plan lo indique expresamente o que un tribunal (o entidad similar) emita una orden médica calificada de manutención de menores.

10. Reclamos impropios o falsos

Si proporciona información falsa sobre un tema importante al Plan o a alguno de sus agentes o empleados, el Plan rechazará todo o parte de su reclamo y le cobrará los gastos en que haya incurrido en virtud de dicha información falsa. Si los beneficios ya se pagaron sobre la base de la información falsa proporcionada sobre un tema importante, el Plan recuperará los beneficios de usted más los gastos en que haya incurrido para recuperarlos, incluidos los honorarios de abogados, los costos y todos los demás gastos, y le hará una reducción en los beneficios futuros de sus reclamos hasta que haya recuperado los beneficios pagados.

El Comité puede dar por finalizada la cobertura por cualquier acto u omisión por parte del Jubilado, el Cónyuge sobreviviente o el Dependiente que indique que intentó defraudar al Plan, como cualquier mal uso intencional y repetitivo de los servicios del Plan o la omisión o declaración falsa de un hecho importante en una solicitud de inscripción, un reclamo u otro documento. Las causales de finalización incluyen la presentación de un reclamo o una declaración con información sustancialmente falsa, información que oculte el propósito de engañar o cualquier acto que pueda constituir un acto fraudulento de seguro.

X. INFORMACIÓN PARA TODOS LOS INSCRITOS

A. CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

Cuando usted o un Dependiente suyo pierden la cobertura, puede ser elegible para una “continuación de cobertura COBRA”. COBRA es una ley federal que otorga a determinados participantes elegibles el derecho de continuar con su cobertura de atención de salud a tarifas de grupo durante un determinado período de tiempo. En caso de que el cónyuge o un familiar cubierto se vuelvan no elegibles para la cobertura del Plan debido a un “hecho calificador” (según se describe más adelante), podrá continuar con la cobertura hasta 36 meses. La continuación de cobertura COBRA por lo general consta de la misma cobertura de salud que los dependientes tenían anteriormente.

La pareja doméstica del mismo sexo que pierde la cobertura del Plan no califica para la continuación de cobertura COBRA según las regulaciones COBRA del gobierno federal. No obstante, el Plan permite a la pareja doméstica del mismo sexo continuar con la cobertura del mismo modo que un Cónyuge, siempre que la opción se elija en el plazo estipulado y se realicen los Aportes requeridos; o bien, si la relación con la pareja doméstica del mismo sexo termina, del mismo modo que un cónyuge divorciado o legalmente separado haciendo autopagos (por el mismo monto que el pago de COBRA) para recibir cobertura hasta 36 meses.

1. Hechos calificadores

Para el cónyuge de un Jubilado cubierto por el Plan, COBRA proporciona una continuación de la cobertura del Plan a expensas del cónyuge *si la cobertura del Plan se pierde por alguno de los siguientes motivos:*

- El fallecimiento del Jubilado (aunque normalmente el Cónyuge o la pareja doméstica del mismo sexo tiene permitido continuar con la cobertura del Plan al fallecimiento del Jubilado, por lo que este hecho calificador en general no constituye una causal de pérdida de la cobertura).
- Divorcio del Jubilado.

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

Para el Hijo dependiente de un Jubilado o el Cónyuge sobreviviente o la pareja doméstica del mismo sexo sobreviviente de un Jubilado cubiertos por el Plan, COBRA proporciona una continuación de la cobertura del Plan a expensas del dependiente *si la cobertura del Plan se pierde por alguno de los siguientes motivos:*

- El fallecimiento del Jubilado o del Cónyuge sobreviviente o de la pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo.
- El divorcio de los padres del Hijo dependiente (si el Hijo dependiente sigue encajando en la definición de dependiente, el divorcio o la separación de sus padres por lo general no constituye una causal de pérdida de cobertura para el Hijo dependiente).
- La persona ya no encaja en la definición de Hijo dependiente del Plan.

2. Notifique al Centro de Beneficios de Elegibilidad del Plan

El Jubilado, el Cónyuge sobreviviente o la pareja doméstica del mismo sexo sobreviviente o el Hijo dependiente deben notificar a Retiree Health Care Connect del Plan de los hechos calificadores en un plazo de 60 días desde que ocurrió el hecho. Retiree Health Care Connect del Plan enviará entonces un aviso de elección COBRA. Si el Jubilado, el Cónyuge sobreviviente o la pareja doméstica del mismo sexo sobreviviente o el Hijo dependiente no notifican a Retiree Health Care Connect del Plan en el plazo de 60 días desde que ocurrió el hecho calificador, la persona perderá el derecho de elegir la continuación de cobertura COBRA.

3. Elección de la continuación de cobertura COBRA

Si sus Dependientes desean elegir la continuación de cobertura COBRA, debe comunicarse con Retiree Health Care Connect a más tardar en 60 días desde la fecha de finalización de la cobertura o, si lo hace luego, la fecha en que reciba el aviso de continuación de cobertura COBRA general del Plan.

Cada Dependiente elegible para la continuación de cobertura COBRA tiene un derecho independiente a elegir la cobertura. En general, uno de los padres puede elegir la continuación de cobertura para el Hijo dependiente.

No obstante, el Hijo dependiente de 18 años de edad o más tiene el derecho de elegir la continuación de cobertura COBRA en forma independiente, sin importar si su Cónyuge elige la cobertura o no.

4. Pago de la continuación de cobertura COBRA

Retiree Health Care Connect notificará a sus Dependientes del costo de la continuación de cobertura COBRA cuando los notifique de su derecho a elegir la cobertura. El costo de la continuación de cobertura COBRA lo determina el Comité anualmente.

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

Los pagos posteriores vencen el primer día del mes en que se realiza el pago. Si el pago mensual se realiza antes de la fecha de vencimiento, la cobertura del Plan seguirá durante ese mes sin receso. El pago COBRA se considerará hecho cuando se envíe por correo (fecha del sello).

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

5. Períodos de gracia para pagos COBRA

Si bien los pagos de COBRA vencen el primer día del mes, se brinda un período de gracia de 30 días para realizar cada pago. El período de gracia no se aplica al primer pago de COBRA, que vende a los 45 días de elegir la continuación de cobertura COBRA, como se dijo anteriormente. La continuación de cobertura COBRA se brinda para cada mes, siempre que el pago de ese mes se realice antes de finalizado el período de gracia. No obstante, si un pago mensual se realiza después del primer día del mes al que se aplica, pero antes del período de

gracia del mes, y la persona envía el reclamo en ese período, la persona puede recibir una explicación de beneficios de que no se puede tomar una determinación debido a que hay un pago COBRA pendiente. Esto significa que a menos que el Plan reciba el pago COBRA, no pagará los beneficios.

6. Pérdida de la continuación de cobertura COBRA de los Dependientes

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

- El Dependiente no realiza el pago mensual requerido a los 30 días de la fecha de vencimiento.
- El Plan o el Fideicomiso finalizan.
- El Dependiente obtiene cobertura de otro plan de atención de salud de grupo después de la fecha de elección de la continuación de cobertura COBRA (siempre que el plan no tenga exclusiones o limitaciones por afecciones preexistentes que afecten la cobertura).
- El Dependiente cancela voluntariamente la cobertura.
- El Dependiente pasa a tener derechos en Medicare después de la fecha en que elige la continuación de cobertura COBRA por primera vez.

NOTA: Si el Dependiente pasa a tener derechos en Medicare antes de la fecha en que se torna elegible para elegir COBRA, el Dependiente sigue siendo elegible para recibir la continuación de cobertura de COBRA. No obstante, si el Dependiente pasa a tener derechos en Medicare después de elegir si continúa con la cobertura de COBRA, la cobertura COBRA del Dependiente finalizará. Una vez que la cobertura de COBRA haya finalizado, no se restablecerá.

Si la continuación de cobertura COBRA finaliza antes del período de los 36 meses, los Dependientes serán notificados de que la cobertura ha finalizado y el motivo por el cual finalizó.

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

B. PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD SEGÚN HIPAA

1. Privacidad y seguridad de la información

El Plan sigue los requerimientos de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) y la Ley de Tecnología de Información Médica para la Salud Económica y Clínica (HITECH) para proteger la privacidad y la seguridad de su información de salud.

Para comprender más en detalle los derechos que le concede HIPAA y cómo el Plan utiliza su información de salud personal cuando les brinda la atención del Plan a usted y a otros, lea la versión más reciente del “Aviso de prácticas de privacidad” del Plan. Usted tiene que haber recibido una copia de este Aviso con esta *Descripción resumida del plan* si es nuevo en

el Plan o en los últimos años si ya era miembro. Si desea una nueva copia, puede hacer lo siguiente:

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

La obligación del Plan de proteger su información de salud incluye su “información genética” conforme a lo establecido en la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA). El Plan tratará su información genética como a la información de salud protegida y no utilizará la información genética a los fines del seguro (por ejemplo, no denegaremos la cobertura ni aumentaremos los Aportes porque haya heredado una enfermedad).

El plan se toma sus obligaciones emergentes de HIPAA con seriedad. La privacidad y la seguridad de la información es fundamental cada vez que se utiliza o revela su información de salud personal. El Plan además exige que cada uno de sus proveedores de servicios (p. ej., Blue Cross Blue Shield of Michigan o Retiree Health Care Connect) que tenga acceso a su información la maneje con el mismo cuidado que el Plan.

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

2. Otros derechos que otorga HIPAA

Si desea información adicional sobre los derechos que le otorga la ley HIPAA, puede obtener ayuda en la Oficina Regional de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, que es una división del Departamento de Trabajo de los EE. UU. También puede encontrar esta oficina en línea en <http://www.askebsa.dol.gov> o llamar al 1-866-444-3272. También puede llamar a su Asegurador.

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

Los planes de salud grupales por lo general, conforme a la ley federal, no restringen los beneficios de estadía en el hospital relacionados con el nacimiento para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal normal ni a menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal no prohíbe que el proveedor interviniente de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, les dé el alta antes de las 48 horas (o las 96 horas correspondientes). En ese caso, los planes, conforme a la ley federal, no pueden exigir al proveedor una autorización del plan para prescribir una estadía que no exceda a las 48 horas (o las 96 horas).

Si está inscrito en un plan HMO o MA, su plan puede tener beneficios requeridos adicionales conforme a la ley estatal.

D. SUBROGACIÓN Y REMBOLSO

El plan pagará sus beneficios normalmente si necesita atención de salud debido a las acciones o inacciones de otra persona. Algunos ejemplos son las lesiones ocasionadas en un accidente de tránsito o una mala praxis médica. El Plan puede coordinar estos beneficios con otro Asegurador, por ejemplo, un asegurador de automóviles, cuando busque atención. Consulte la sección sobre coordinación de beneficios para obtener más información sobre cómo funciona.

Si hay otra parte potencialmente responsable de pagar sus beneficios de salud, el Plan puede reclamar contra esa parte para recuperar el pago. O bien puede iniciar una acción o presentar una queja contra esa persona, compañía o parte para recuperar los costos y pagarle por los daños físicos y psicológicos. En ese caso, el Plan tiene derecho a recuperar los fondos que gastó en la atención de salud y recuperarlos de ese hecho en particular. A esto se lo denomina “subrogación” o “derecho de recuperación”.

Si los beneficios se pagan según el Plan y los gastos en que incurrieron usted o sus Dependientes se debe a la acción o inacción de la otra parte, el Plan tiene derecho a subrogarse en los derechos suyos, de su dependiente o de su patrimonio para reclamar un resarcimiento por esos beneficios (por ejemplo, los accidentes de tránsito que dan lugar a gastos médicos). De ese modo, la obligación financiera sigue recayendo donde corresponde, que es en la parte responsable de incurrir en los gastos, mientras que los costos del Plan se reducen.

El plan tiene derecho al 100 % del monto de recuperación que usted recibe del tercero antes de que se compense a otra parte, con excepción del Gobierno Federal en Medicare. La recuperación del Plan no puede reducirse en ocasión de una defensa equitativa, entre otros, a la doctrina de resarcimiento íntegro, la doctrina del fondo común, la doctrina de los actos propios o una exención. Consulte la sección correspondiente del *Documento del plan* para más información.

Si usted o sus Dependientes se ven involucrados en esa situación, debe proporcionar al Plan la asistencia que sea necesaria para recuperar los pagos hechos en nombre del Plan, incluso proporcionando información sobre el hecho y cooperando con el Plan.

Si contrata a un abogado, usted y su abogado acuerdan honrar el derecho de recuperación del Plan (“derecho de retención de máxima prioridad”) en procesos judiciales, negociaciones o procedimientos similares, y el Plan considerará reducir el monto de la recuperación para permitir el pago de los honorarios de su abogado o sus costas legales. Para aprovecharlo, debe tener una autorización escrita del Plan o su representante.

El Plan tendrá un derecho de retención de máxima prioridad para recuperar de un tercero. Este derecho de retención es vinculante para abogados, compañías de seguro y otras partes que acuerdan o se obligan a pagarles a usted o a sus Dependientes una compensación por daños y perjuicios. El derecho de retención nace en el momento en que el Plan paga los beneficios médicos. Si usted o su Dependiente presentan un pedido de quiebra, deben aceptar que el derecho de retención del Plan ya existía desde antes de la creación del patrimonio de la quiebra.

Si no le paga al Plan, el Plan puede compensar los pagos futuros de servicios médicos que usted reciba reteniendo los pagos hasta reembolsar todo el monto adeudado.

NOTA: Si está inscrito en un plan HMO o Medicare Advantage, entonces esta sección no se aplica a usted, dado que el plan HMO o Medicare Advantage aplicará sus reglas de subrogación y reembolso. Consulte el material de su Asegurador sobre derechos de subrogación.

E. INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL FIDEICOMISO Y LOS PLANES

1. Nombre del Fideicomiso

El Fideicomiso se denomina Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW.

2. Nombres de los Planes

Plan de beneficios médicos para jubilados de Chrysler del UAW
Plan de beneficios médicos para jubilados de Ford del UAW
Plan de beneficios médicos para jubilados de GM del UAW

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

El Comité es responsable del funcionamiento del Fideicomiso y los Planes. El Comité está compuesto por seis miembros independientes y cinco miembros elegidos por UAW.

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

4. Fiduciario

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

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

El Comité actúa tanto de patrocinador del Plan como de administrador del Plan en nombre de la Asociación de Beneficiarios de los Empleados Jubilados de Chrysler de la UAW, la Asociación de Beneficiarios de los Empleados Jubilados de Ford de la UAW y la Asociación de Beneficiarios de los Empleados Jubilados de GM de la UAW. El Comité es también el fiduciario designado de los Planes. El Comité delega la responsabilidad administrativa de las operaciones diarias del Plan en su director ejecutivo, los proveedores de servicios, la fuerza laboral del Fideicomiso y Retiree Health Care Connect. En la Sección XI figura la información de contacto de estas entidades.

6. Números de identificación

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

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

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

Plan de beneficios médicos para jubilados de GM del UAW – 504

7. Agente para la recepción de notificaciones legales

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

8. Prioridad de los Documentos del Plan

Este cuadernillo de la *Descripción resumida del plan* pretende dar una descripción fácil de entender de sus beneficios. Si existe alguna discrepancia entre esta *Descripción resumida del plan* y los *Programas de beneficios* o *Certificados de cobertura* o *Evidencias de Cobertura* (para la opción HMO o Medicare Advantage), prevalecerán los *Programas de beneficios*, las *Cartas con los aspectos destacados de los beneficios*, los *Resúmenes de modificaciones a los materiales* o el *Certificado de cobertura* o la *Evidencia de cobertura*, según corresponda. El *Programa de beneficios* y, si corresponde, los *Certificados de cobertura* se incorporan a esta *Descripción resumida del plan* por referencia.

Esta *Descripción resumida del plan* es un resumen de los *Documentos del plan*. Los *Documentos del plan* contienen una descripción más detallada de los beneficios que se resumen aquí. En caso de existir discrepancias o contradicciones entre este resumen y el *Documento del plan*, prevalecerá el *Documento del plan*.

9. Fuente de contribución

Los beneficios del Plan que se describen en este cuadernillo se brindan a través del Fideicomiso de la Asociación de Beneficiarios de Empleados Voluntarios financiado con aportes según lo establecido en los acuerdos homologados entre las compañías automotrices y la UAW y el Acuerdo de Fideicomiso.

El Comité, en nombre de cada una de las tres asociaciones de beneficiarios de empleados (las asociaciones de empleados jubilados de Chrysler, Ford y GM) crearon tres cuentas para jubilados por separado: Cada cuenta para jubilados es una cuenta especial que se utiliza con la única finalidad de financiar los beneficios concedidos a los Jubilados elegibles y sus Dependientes en la respectiva asociación de beneficiarios de empleados y costear los gastos de esa cuenta. Si bien los bienes del Fideicomiso se agrupan con fines de inversión y administración, los activos atribuibles a cada cuenta no pueden compensar las obligaciones ni servir para costear los gastos atribuibles a otras cuentas para jubilados.

Es posible que se requieran Aportes de los Jubilados y los Dependientes sobrevivientes para participar en el Plan. Los beneficios se autofinancian y se pagan de los bienes del Fideicomiso o bien se pagan en virtud de una póliza de seguros.

10. Administración

Excepto que se establezca lo contrario en una opción HMO o un plan Medicare Advantage, los beneficios de los Planes son administrados por terceros Aseguradores en virtud de un contrato de servicios administrativos con el Fideicomiso. Los planes HMO y Medicare Advantage son administrados por Aseguradores. Los planes HMO y Medicare Advantage están totalmente asegurados así como algunos de los planes para la visión. El resto de los planes están autofinanciados.

11. Fondo del Fideicomiso

Todos los activos forman parte de un fideicomiso creado por el Comité a los fines de proporcionar beneficios a los participantes cubiertos y costear los gastos administrativos razonables.

12. Tipo de plan

Este Plan se mantiene para proporcionar cobertura hospitalaria, quirúrgica, médica y de medicamentos con receta y, en algunos casos, otra cobertura para Inscritos primarios y Dependientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad. El Fideicomiso es un fondo de beneficios para el bienestar de los empleados exento de impuestos, conocido en la Sección 501(c)(9) del Código de Impuestos Internos, con sus modificaciones, como “Asociación de Beneficiarios de Empleados Voluntarios” o “VEBA”. Los beneficios del Fideicomiso se describen en esta *Descripción resumida del plan* mientras que en el *Programa de beneficios* se incluyen más detalles.

13. Año del plan

El Año del plan y el año de beneficios del Fideicomiso son el año calendario que comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre siguiente.

14. Financiación del plan

Los beneficios que brinda el Plan se financian a través del Fideicomiso. Los beneficios HMO y Medicare Advantage están totalmente asegurados y los paga el Asegurador correspondiente.

15. Modificaciones al plan o finalización del Fideicomiso

El Comité puede modificar o discontinuar el Plan en cualquier momento, sujeto a las limitaciones del *Documento del plan*, los Acuerdos aplicables, el Acuerdo de fideicomiso y las leyes y regulaciones administrativas aplicables. En caso de ausencia de una delegación expresa de facultades de parte del Comité, ninguna persona estará autorizada a comprometer al Fideicomiso en ningún beneficio ni disposición sobre los beneficios no establecida ni a modificar los criterios de elegibilidad ni otras disposiciones del Plan.

Usted y sus Dependientes elegibles no obtienen ningún derecho adquirido sobre los beneficios del Plan ni antes ni después de jubilarse. El Comité puede, y se reserva el derecho de hacer lo siguiente:

- Modificar o finalizar el Plan o el Fideicomiso.
- Expandir, reducir o cancelar la cobertura de los participantes.
- Modificar los requisitos de elegibilidad.
- Ejercer una discreción prudente en cualquier momento sin que usted, sus Dependientes u otra persona tengan derecho o recurso legal alguno.

El Comité puede modificar o finalizar el Fideicomiso según lo permitido en el Acuerdo de Fideicomiso y la ley aplicable. Si se da por finalizado el Fideicomiso, se utilizarán todos los activos remanentes del pago de todas las obligaciones y los gastos de acuerdo con las reglas establecidas en el Acuerdo de Fideicomiso. El Comité podrá finalizar el Plan de una cuenta de jubilados por separado según lo establecido en el Acuerdo de Fideicomiso. En caso de que una cuenta de jubilados se termine, los jubilados que reciban beneficios de esa cuenta dejarán de ser elegibles para la cobertura del Plan.

16. Disposiciones resumidas del Plan al término del Fideicomiso

El Comité está facultado para terminar el Fideicomiso, los Planes y las cuentas subyacentes que financian los Planes. El Comité procederá al respecto cuando determine, a su discreción, que el Fideicomiso ya no sirve a los fines o a los intereses de los Participantes y los Beneficiarios podrían ser mejor atendidos a través de un acuerdo alternativo. Al pagar con los bienes del Fideicomiso, el Comité debe reconocer la prioridad de financiación siguiente: (1) el pago de gastos administrativos razonables y necesarios (incluso impuestos); (2) el pago de los Beneficios a los Participantes y Beneficiarios con derecho a los pagos de los reclamos que surjan antes de la finalización; y (3) para el beneficio de los Participantes y los Beneficiarios del modo en que el Comité lo determine, conforme a la sección 501(c)(9) del Código de Impuestos Internos. El Comité continuará con la distribución hasta que se hayan liquidado todos los activos.

17. Interpretación del plan

El Comité tiene la discreción de determinar la elegibilidad de los beneficios e interpretar los términos del Fideicomiso y del Plan, incluidos los términos ambiguos. Las decisiones del Comité respecto de si otorgar o rechazar los beneficios y de interpretar los términos del Fideicomiso son revisados por un tribunal de revisión según el estándar de revisión judicial de "arbitrario y caprichoso" tal como lo establece la Suprema Corte de los Estados Unidos en el caso *Firestone and Rubber Company, et al. v. Richard Bruch*.

18. Facultades de las partes respecto de los beneficios de los Planes

El Comité es la autoridad máxima de los beneficios que se describen en este resumen. El Comité delega la facultad interpretativa en los empleados del Fideicomiso. Los exempleados, representantes del sindicato o similares pueden tener información útil de los beneficios de los Planes, pero no son autoridades en lo que respecta a los beneficios del Plan ni obligan al Plan.

19. Cambio en las reglas de elegibilidad del Fideicomiso

El Comité está facultado para modificar las reglas de elegibilidad del Fideicomiso, los beneficios que se describen en este cuadernillo o cualquier otra disposición del Fideicomiso conforme al *Documento del plan*, según lo determine necesario el Comité a su sola discreción. Será notificado por escrito de los cambios en el programa de beneficios. Ninguno de estos beneficios es adquirido.

20. Derecho de preguntar sobre un empleador en particular

Los Participantes tienen derecho a hacer consultas al Fideicomiso, para lo cual deben escribirle al administrador del plan a: Plan Administrator, UAW Retiree Medical Benefits Trust, P.O. Box 14309, Detroit, MI 48214, para preguntar si un determinado empleador tiene jubilados en el Fideicomiso. No hay empleadores que sean patrocinadores activos del Fideicomiso o de los Planes. El Fideicomiso es el patrocinador de los Planes.

F. SUS DERECHOS CONFORME A ERISA

Como Participante del Fideicomiso, cuenta con determinados derechos y protecciones que le otorga la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados de 1974 (ERISA) y sus modificaciones. ERISA establece que todos los participantes tienen determinados derechos, tal como se describe en esta sección.

1. Reciba información sobre el Plan y sus beneficios

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Fideicomiso y otros lugares especificados, todos los documentos que rigen el Fideicomiso. Estos incluyen los contratos de seguros y una copia del último informe anual (formulario de la serie 5500) que el Plan presenta ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y se encuentra disponible en la sala de divulgación pública de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador.
- Obtener, previa solicitud por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan. Estos incluyen contratos de seguros, acuerdos colectivos de trabajo, copias del último informe anual (formulario de la serie 5500) y una actualización de la *Descripción resumida del plan* y el *Documento del plan*. El administrador del plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Por ley, el administrador del plan debe proporcionar a cada participante una copia de este informe financiero resumido.

2. Continuación de la cobertura del plan de salud grupal

Usted también tiene derecho a lo siguiente:

- Continuar con la cobertura de atención de salud para usted, su cónyuge o sus dependientes si se pierde la cobertura del Plan debido a un hecho calificador. Es posible que sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Revisar esta *Descripción resumida del plan* o *Documento del plan* y otros documentos que rigen el Plan en lo que respecta a las reglas que rigen los derechos de continuación de cobertura COBRA.
- Reducir o eliminar los períodos de las exclusiones de la cobertura por afecciones preexistentes según su plan de salud grupal, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Su plan de salud grupal o el emisor de su seguro médico deben proporcionarle un *Certificado de cobertura acreditable*, sin cargo, cuando:
 - usted pierde la cobertura del Plan;
 - se convierte en elegible para elegir la continuación de la cobertura COBRA; o
 - su continuación de cobertura COBRA finaliza.

Debe solicitar el Certificado de cobertura acreditable antes de perder la cobertura o dentro de los 24 meses posteriores a la pérdida de la cobertura. Sin pruebas de una cobertura acreditable, es posible que esté sujeto a la exclusión por afección preexistente durante los 12 meses (18 meses para los inscritos tardíos) posteriores a la fecha de inscripción en la cobertura del nuevo plan.

3. Acciones prudentes de fiduciarios del plan

Además de generar derechos para los Participantes del Plan, ERISA impone deberes a aquellas personas responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que operan el Plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en

interés suyo y de los demás Participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido el Fideicomiso, su sindicato ni ninguna otra persona, puede discriminarlo para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos de ERISA.

4. Haga valer sus derechos

Si su reclamo por un beneficio de bienestar es rechazado o ignorado, en todo o en parte, tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo y a apelar el rechazo, todo en determinados plazos.

Conforme a la ley ERISA, hay ciertos pasos que debe tomar para hacer valer los derechos mencionados. No obstante, no puede iniciar ninguna acción legal, incluido un proceso ante organismos administrativos, hasta que haya seguido y agotado todos los procedimientos de reclamo y apelación del Plan. Por ejemplo, si solicita una copia de la *Descripción resumida del plan* o el *Documento del plan* o el último informe anual del Plan y no los recibe en 30 días, puede iniciar un proceso en un tribunal federal. En ese caso, es posible que el tribunal le solicite al administrador del plan presentar los materiales y pagarle hasta un máximo de \$110 por día hasta que usted reciba los materiales (salvo que los materiales no se hayan enviado por razones que excedan el control del administrador).

Si tiene un reclamo por beneficios que le fue rechazado o ignorado, en todo o en parte, puede iniciar una acción en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de decisión respecto del estado calificado de una orden médica calificada de manutención de menores, puede iniciar una acción en un tribunal federal. Si ocurriera que los fiduciarios del Plan utilizan mal el dinero del Plan o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede obtener ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o iniciar una acción en un tribunal federal. El tribunal decide quién paga las costas del juicio y los honorarios. Si tiene éxito, es probable que el tribunal le ordene a la parte que usted demandó que pague estas costas y estos honorarios. Si usted pierde, es posible que el tribunal le ordene pagar las costas y los honorarios, por ejemplo, si se decide que su demanda es insustancial.

5. Asistencia con preguntas

Si tiene preguntas sobre el Plan, comuníquese con el Administrador del plan. Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre los derechos conforme a la ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Patrocinador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (EBSA), Departamento de Trabajo de los EE. UU.

También puede comunicarse con la Oficina Nacional de EBSA a la siguiente dirección:

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

También puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y obligaciones según la ERISA o una lista de las oficinas de EBSA visitando la página web de EBSA, www.dol.gov/ebsa.

XI. REFERENCIAS RÁPIDAS

A. DEFINICIONES

La presente sección contiene definiciones de términos importantes que se utilizan en toda esta *Descripción resumida del plan*. Cuando estos términos aparecen en mayúsculas en este cuadernillo, se les reconocen los significados que figuran a continuación.

Lesión accidental

Lesión física (tal como una fractura, tensión, esguince, abrasión, contusión u otra afección) causada por una acción, un objeto o un agente químico. Puede ser consecuencia de un incidente traumático, como un atropellamiento, o por diversos hechos tales como: envenenamiento; sobredosis de medicamentos, ya sea accidental o intencional; reacción alérgica a consecuencia de un trauma, como picaduras de abejas o insectos; inhalación de humo, monóxido de carbono o gases; quemaduras, congelación, quemaduras solares e insolación e intento de suicidio.

Monto permitido

Monto máximo que paga el Plan por un servicio cubierto específico, según determinados estándares y consideraciones. Los Proveedores dentro de la red han acordado aceptar el Monto permitido como pago total aun cuando su cargo facturado sea superior.

Centro o tratamiento aprobado

Centro o tratamiento que cumple con los criterios establecidos por el Asegurador de su Plan para proporcionar ciertos servicios cubiertos por el Plan.

Compañía automotriz

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

Administrador de beneficios de salud del comportamiento

Proveedor de servicios del Plan que administra los servicios de salud mental y abuso de sustancias para el Plan.

Asegurador

Entidad que paga los beneficios y administra las opciones de los planes de cobertura del Fideicomiso, entre otras, un plan BlueCross BlueShield, una compañía de seguro comercial, una Organización para el Mantenimiento de la Salud, una organización de Medicare Advantage, una Organización de Proveedores Preferidos, un Administrador de los Beneficios de Farmacia o un proveedor de servicios administrativos.

El Asegurador contrata con varios tipos de Proveedores que aceptan el Monto permitido como pago total por los servicios cubiertos que el Proveedor brinda. Estos proveedores se denominan “Proveedores dentro de la red”.

Administración de Casos

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

Coseguro

Parte del costo del miembro por un servicio médico, calculado como un porcentaje (por ejemplo, el 10 %) del Monto permitido por el servicio, pagado al Proveedor. El Coseguro se aplica una vez que se ha alcanzado el Deducible hasta alcanzar el Máximo de desembolso.

Comité

El Comité se formó con el funcionamiento de los acuerdos homologados por los tribunales entre las Compañías automotrices y el UAW. El Comité actúa en representación de la Asociación de Beneficiarios de Empleados (EBA) de cada Compañía automotriz respecto de la cobertura médica para jubilados. Cada EBA, a través del Comité, ha establecido y mantenido diferentes planes de beneficios para el bienestar del empleado, conocidos como **Plan de beneficios médicos para jubilados de Chrysler del UAW**, **Plan de beneficios médicos para jubilados de Ford del UAW** y **Plan de beneficios médicos para jubilados de GM del UAW**, en forma individual o conjunta denominados el “Plan”, según corresponda.

Aportes

El monto mensual que usted paga para tener cobertura para usted y para sus Dependientes conforme al Plan. En general, los Aportes requeridos se deducen de su pago de la jubilación. Si no realiza los Aportes mensuales requeridos, usted y sus Dependientes perderán la cobertura al finalizar el último mes en que realizó los Aportes.

Copago

El monto fijo o establecido en dólares que usted debe pagar por determinados servicios. El monto varía según el servicio. Para obtener más información, consulte el *Programa de beneficios* del Plan.

Atención de custodia, domiciliaria o de mantenimiento

El tipo de atención o servicio que, aun cuando los prescriba un médico, se brinda principalmente para satisfacer las necesidades personales del paciente o mantener un determinado nivel de sus funciones, en contraposición con la atención o los servicios médicos, quirúrgicos o psiquiátricos específicos diseñados para reducir la incapacidad en la medida de lo necesario para permitir que el paciente viva sin esa atención. La Atención de custodia, domiciliaria o de mantenimiento puede ser proporcionada por personas sin habilidades ni capacitación especiales. Puede incluir, entre otras cosas, ayudar a entrar y salir de la cama, caminar, bañarse, vestirse, comer y tomar los medicamentos, el cuidado de una ostomía, la higiene o cuidado en caso de incontinencia y verificar los signos vitales como rutina.

Deducible

El monto que usted debe por servicios de atención de salud antes de que el Plan comience a pagar por esos servicios. El deducible no se aplica a todos los servicios. Para obtener más información, consulte el Programa de beneficios del Plan.

Dependiente(s)

Cónyuge, pareja doméstica del mismo sexo e Hijos dependientes elegibles del Inscrito primario.

Hijo Dependiente (Hijos Dependientes)

Generalmente, un hijo cuyo Inscrito primario puede reclamar legalmente una exención en su declaración del impuesto federal sobre la renta. Para ser elegible para la cobertura del Fideicomiso, el hijo debe cumplir ciertos requisitos de elegibilidad establecidos en la Sección “Elegibilidad de Hijos dependientes”.

Plan de exención grupal patrocinado por el sindicato y el empleador (EGWP)

Plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D patrocinado por el Fideicomiso para los Inscritos en Medicare y sus Dependientes de Medicare. El nombre proviene de una “exención” que Medicare le ha otorgado al Fideicomiso para ofrecer el plan de Parte D.

Experimental o de Investigación

Servicio o suministro que cumple con alguna de las siguientes condiciones, según lo determine el Asegurador:

- El servicio o suministro se describe como una alternativa a terapias más convencionales en los protocolos o documentos de consentimiento del Proveedor que brinda el servicio o prescribe el suministro.
- El servicio o suministro prescrito puede brindarse solo con la aprobación del Consejo de Revisión Institucional según lo definido en la ley federal.
- No existen publicaciones médicas o científicas confiables en la materia.
- Una gran cantidad de publicaciones médicas o científicas confiables publicadas en los Estados Unidos muestra que los expertos médicos y científicos clasifican el servicio o el suministro como experimental o de investigación o indican que es necesaria una mayor investigación.

- La FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos) no ha dado su aprobación del servicio o suministro (cuando la aprobación de la FDA es necesaria).
- El servicio o suministro excede el límite aprobado por la FDA.
- El servicio o suministro está disponible solo mediante la participación en ensayos clínicos patrocinados por la FDA, el Instituto Nacional del Cáncer o los Institutos Nacionales de Salud.

Formulario

Lista de medicamentos con receta cubiertos por el Plan, desglosado en niveles según el tipo de fabricante (de marca o genéricos). Un formulario es una lista de los medicamentos, dosis, concentraciones y limitaciones del plan que se aplican al Plan.

Centro de terapia física ambulatoria independiente

Un centro, que no es un Hospital, que proporciona servicios de terapia física para pacientes ambulatorios. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Centro de terapia física ambulatoria independiente, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Agencia de atención médica en el hogar

Una agencia centralizada que proporciona servicios de enfermería dirigidos por un médico u otros servicios paramédicos a los pacientes en su hogar. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en una Agencia de atención médica en el hogar, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Atención para enfermos terminales

Programa de servicios médicos y no médicos proporcionados a inscritos con una enfermedad terminal y a sus familias a través de agencias que administran y coordinan los servicios. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe de un programa de Atención para enfermos terminales, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Hospital

Centro que proporciona servicios de diagnóstico y terapéuticos a pacientes internos para dar un diagnóstico quirúrgico, médico o psiquiátrico, tratamiento y atención a personas lesionadas o con enfermedades agudas. Estos servicios son brindados y supervisados por un equipo profesional de médicos con licencia y otros profesionales de la salud. Los Hospitales brindan servicio de enfermería las 24 horas mediante enfermeras registradas. Una institución de rehabilitación se considera que es un Hospital si la institución está aprobada como tal en el Plan por el Asegurador. Los Hospitales deben cumplir todos los requisitos aplicables a nivel local y estatal en cuando a licencias y certificaciones y estar acreditados como Hospitales por las autoridades o las asociaciones médicas u hospitalarias estatales o nacionales. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Hospital, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Proveedores dentro de la red

Los Proveedores que participan en el plan Traditional Care Network (TCN) u otras redes que brindan la cobertura del Plan, como HMO y PPO. Los Proveedores dentro de la Red también se denominan “Proveedores de la red” o “Proveedores de panel”. Cada Asegurador contrata con Proveedores para formar su propia red de proveedores.

Emergencia médica

Una emergencia médica es una afección que amenaza contra la vida o puede dejarlo incapacitado, y que exige atención médica y tratamiento de inmediato. La afección debe ser de tal naturaleza que se manifiesten síntomas graves de forma repentina e inesperada y que si no se trata de inmediato, pueda ocasionar el deterioro de las funciones del organismo, daños permanentes a la salud de la persona o poner la vida de la persona en peligro. Los signos y síntomas, según lo verificado por el médico en el momento del tratamiento y no en función del diagnóstico final, deben confirmar la existencia de una emergencia médica. Para considerarse emergencia médica, el tratamiento debe brindarse dentro de las 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas.

Medicamento necesario (necesidad médica)

Servicio o suministro que es todo lo siguiente (según lo determine el Asegurador):

- proporcionado por un profesional de la salud autorizado para proporcionarlo o prescribirlo o bajo su dirección;
- necesario en términos de estándares médicos generalmente aceptados en los Estados Unidos;
- coherente con los síntomas o el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión;
- no proporcionado únicamente para conveniencia del paciente o del Proveedor;
- apropiado dadas las circunstancias y condiciones del paciente;
- un suministro o nivel de servicio “rentable” que se le puede brindar al paciente con seguridad;
- seguro y eficaz para la enfermedad o lesión para la cual se utiliza; y
- no se considera Experimental o de Investigación.

Proveedores de Medicare

Los Proveedores que están aprobados por Medicare para tratar a personas elegibles para Medicare y que aceptan el Monto permitido de Medicare como pago total. Los Proveedores de Medicare aceptan la cesión de los pagos de Medicare facturando a Medicare directamente.

Proveedores fuera de la red

Los Proveedores que no participan en Traditional Care Network (TCN) u otras redes que brindan la cobertura del Plan, como HMO y PPO. Cuando utiliza un Proveedor fuera de la red, generalmente debe pagar el Deducible y el Coseguro aplicables fuera de la red, así como los montos que excedan el Monto permitido. Los Proveedores fuera de la red se denominan “Proveedores que no son de la red” o “Proveedor fuera del panel”. Los Proveedores fuera de la red son específicos del Asegurador de cada Plan.

Máximo de desembolso

Límite sobre el monto que usted paga durante el año después de que el Plan paga los servicios cubiertos al 100 %. Algunos costos compartidos, como los coseguros y los deducibles, de los Proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para alcanzar el Máximo de desembolso. Es posible que para los servicios dentro de la red y fuera de la red se apliquen distintos Máximos de desembolso.

Centro ambulatorio independiente

Un centro, que no es un Hospital, que proporciona servicios para pacientes ambulatorios. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Centro ambulatorio independiente, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Centro de tratamiento de hospitalización parcial

Centro que proporciona un nivel de atención semirresidencial para pacientes con trastornos de salud mental o abuso de sustancias que requieren un tratamiento coordinado intensivo, integral y multidisciplinario en un entorno estructurado, pero no una hospitalización de tiempo completo. El paciente se somete a terapia durante más de cuatro horas por día y puede recibir servicios adicionales (por ejemplo, comida, alojamiento, recreación). Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Centro de tratamiento de hospitalización parcial, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Proveedor Participante

Proveedor que tiene un acuerdo con el Asegurador por una determinada tarifa o método de pago en particular. Para algunos Aseguradores, el término se utiliza igual que “Proveedor dentro de la red”, pero para algunos beneficios, como los Hospitales, “Proveedores participantes” representa a un grupo mayor de Proveedores que no necesariamente acordaron estar en la red del Asegurador.

Plan

El Plan de beneficios médicos para jubilados de Chrysler de UAW, el Plan de beneficios médicos para jubilados de Ford del UAW y el Plan de beneficios médicos para jubilados de GM del UAW, según corresponda.

Inscrito primario

La persona que está inscrita en un Plan y cuyos Dependientes son elegibles para la cobertura debido a la inscripción de esa persona. El Inscrito primario puede ser un Jubilado, un Cónyuge sobreviviente o una pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo.

Protegido

Un Jubilado o Cónyuge sobreviviente “protegido” es aquel que recibe un ingreso por el beneficio de pensión anual de \$8,000 o menos y una tarifa por el beneficio de pensión mensual de \$33.33 o menos por mes por año de servicio acreditado. Si el Jubilado no cumple con esos requisitos, se considera un Jubilado “general”, como es el caso de la mayoría de los Jubilados del Plan.

Proveedor

Persona (como un médico) o centro (como un Hospital) que proporciona servicios de atención de salud. Los Proveedores se consideran “participantes” cuando han firmado un contrato con el Asegurador para aceptar el Monto permitido por un servicio como “pago total”.

Centro residencial para el tratamiento del abuso de sustancias

Centro que proporciona tratamiento para pacientes internos a pacientes con trastornos por abuso de sustancias. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Centro residencial para el tratamiento del abuso de sustancias, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Clínica minorista

Centro médico ambulatorio que a menudo está ubicado en una farmacia o una tienda minorista (como CVS, Walgreens o Target) en la que los enfermeros profesionales brindan atención y asesoramiento sobre enfermedades o lesiones simples.

Retiree Health Care Connect

El proveedor de servicio contratado por el Fideicomiso para administrar las reglas de elegibilidad del Fideicomiso y proporcionar servicio y apoyo a los miembros a través de un portal en línea y un centro de llamadas. Anteriormente, se conocía a Retiree Health Care Connect como el Centro de Beneficios de Elegibilidad.

Acuerdo

Los Acuerdos y el Acuerdo de creación del Fideicomiso se encuentran en el sitio web del Fideicomiso, <http://www.uawtrust.org>.

Centro de enfermería especializada

Centro que proporciona atención a convalecientes y enfermos a largo plazo con enfermería continua y otros servicios de atención de salud mediante un médico o una enfermera registrada o bajo su supervisión. El centro puede funcionar en forma independiente o como parte de un Hospital general acreditado. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Centro de enfermería especializada, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

Cónyuge

Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto casada con el Jubilado con un certificado de matrimonio válido expedido por un estado, el Distrito de Columbia, un territorio estadounidense, o un país extranjero (“Jurisdicción”) en el que dicho matrimonio se haya reconocido legalmente conforme a las leyes de esa Jurisdicción, sin importar si la persona o el Jubilado residen actualmente en esa Jurisdicción.

Fideicomiso

Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW, operado por el Comité conforme a los términos de los acuerdos homologados por los tribunales entre el UAW y Chrysler Group LLC, Ford Motor Company y General Motors Company, y posteriormente modificado por el Comité. El Fideicomiso también puede mencionarse como VEBA.

UAW

El Sindicato Internacional de Trabajadores del Automóvil, la Industria Aeroespacial y Herramientas Agrícolas de los Estados Unidos.

Centro de atención de urgencia

Centro autorizado que opera legalmente como Centro de atención de urgencia que principalmente provee atención médica ante episodios y emergencias menores en el cual uno o más médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud están de guardia durante todo el horario de atención del centro. Un Centro de atención de urgencia, por lo general, incluye equipos de radiografías y laboratorio y sistemas de soporte vital. Para recibir beneficios dentro de la red por los servicios que recibe en un Centro de atención de urgencia, debe contratar con un Asegurador de su Plan.

VEBA

Asociación de Beneficiarios de Empleados Voluntarios, que es un fondo de beneficios para el bienestar del empleado exento de impuestos que forma parte de un fideicomiso para el beneficio de los participantes cubiertos.

Usted

La persona que es el Inscrito primario del Plan. Hace referencia a un Jubilado, un Cónyuge sobreviviente o una pareja doméstica sobreviviente del mismo sexo.

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección de correo para el Fideicomiso	Plan Administrator UAW Retiree Medical Benefits Trust P.O. Box 14309 Detroit, MI 48214
-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Centros de llamadas	
Retiree Health Care Connect	866-637-7555 http://www.uawtrust.org (enlace al sitio web de RHCC en la página principal)
Medicare Centros de Servicios de Medicare y Medicaid	800-MEDICARE (800-633-4227) TTY: 877-486-2048 http://www.medicare.gov
Administración del Seguro Social	800-772-1213 TTY: 800-325-0778 http://www.ssa.gov

Aseguradores		
Nombre del Asegurador de planes de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
Traditional Care Network y cobertura de medicamentos con receta		
Blue Cross Blue Shield of Michigan (TCN) 877-832-2829 http://www.bcbsm.com/uawtrust	UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231	UAW Auto Retiree Appeals Unit – Mail Code 2004 Blue Cross Blue Shield of Michigan 600 Lafayette East Detroit, MI 48226
Blue Preferred Plus (PPO) 877-832-2829	UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231	UAW Auto Retiree Appeals Unit – Mail Code 2004 Blue Cross Blue Shield of Michigan 600 Lafayette East Detroit, MI 48226
Humana (TCN/PPO) 800-758-5002 http://www.humana.com	Humana Claims P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601	Grievance and Appeals P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546
Express Scripts International (Administrador de medicamentos con receta previo a Medicare) (PBM) 866-662-0274 http://www.express-scripts.com	Express Scripts P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512	Apelaciones administrativas
		Express Scripts P.O. Box 66587 St. Louis, MO 63166-6587 Attn: Administrative Appeals Department Teléfono: 800-946-3979
		Apelaciones clínicas
		Express Scripts P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588 Attn: Clinical Appeals Department Teléfono: 800-935-6103

Plan de Parte D Express Scripts (Administrador de medicamentos con receta de Medicare) (PBM) 866-662-0274 http://www.express-scripts.com	Express Scripts P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512	Apelaciones administrativas Express Scripts P.O. Box 66587 St. Louis, MO 63166-6587 Attn: Medicare Admin. Appeals Teléfono: 800-413-1328
		Apelaciones clínicas Express Scripts P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588 Attn: Medicare Clinical Appeals Teléfono: 800-935-6103
		Medicare Advantage PPO
Aetna (MA PPO)	Aetna P.O. Box 981106 El Paso, TX 79998-1106 1-800-663-0885 http://uawtrust.aetnamedicare.com/	Aetna Medicare Grievance and Appeal Unit P.O. Box 14067 Lexington, KY 40512 1-800-932-2159 http://www.aetnamedicare.com
Blue Cross Blue Shield of Michigan (MA PPO) Customer Service 888-322-5616 http://www.bcbsm.com http://www.bcbsm.com/uawtrust	Blue Cross Blue Shield of Michigan Imaging and Support Services P.O. Box 32593 Detroit, MI 48232-0593	Blue Cross Blue Shield of Michigan Grievances and Appeals Department P.O. Box 2627 Detroit, MI 48231-2627
Humana (MA PPO y HMO) 800-758-5002 FL, WV, IL, WI: http://www.humana.com/uawtrust Louisville, KY y Cincinnati, OH MA HMO: http://www.humana.com	Claims P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165 Fax: 1-800-949-2691
United Healthcare (MA PPO) 866-480-0073 http://www.uhcretiree.com/uawtrust	UnitedHealthcare P.O. Box 30995 Salt Lake City, UT 84130-0995	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Dept. P.O. Box 6106, MS CA 124-0157 Cypress, CA 90603 Fax: 888-517-7113

Aseguradores dentales, de la visión y de la audición		
Delta Dental (Administrador dental) 800-524-0149 http://www.deltadentalmi.com	Delta Dental P.O. Box 9089 Farmington Hills, MI 48333-9089	Dental Director Delta Dental P.O. Box 30416 Lansing, MI 48909-7916
Midwestern Dental 313-581-6824 Número gratuito 800-544-6374 http://www.midwesterndental.com	5050 Schaefer Rd. Dearborn, MI 48126	5050 Schaefer Rd. Dearborn, MI 48126
Davis Vision (Administrador de la visión para GM y Chrysler) 888-234-5164 http://www.davisvision.com	Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110	Davis Vision Quality Assurance P.O. Box 791 Latham, NY 12110-0791
SVS Vision (Administrador de la visión para Ford) 800-225-3095	P.O. Box 464 Mt. Clemens, MI 48046	P.O. Box 464 Mt. Clemens, MI 48046
AudioNet Hearing (Administrador de beneficios de la audición para Ford) 877-500-7370	140 Macomb Mt. Clemens, MI 48043	140 Macomb Mt. Clemens, MI 48043
Humana (Administrador de beneficios de la audición) 800-758-5002	Humana Claims P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601	Grievance and Appeals P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546
Blue Cross Blue Shield of Michigan (Administrador de los beneficios de la audición para GM y Chrysler) 877-832-2829	UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231	UAW Auto Retiree Appeals Unit – Mail Code 2004 Blue Cross Blue Shield of Michigan 600 Lafayette East Detroit, MI 48226

**Aseguradores de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
Aseguradores de salud mental y abuso de sustancias**

Para conocer los administradores y Aseguradores de fisioterapia, consulte el *Programa de beneficios*.

<p>Blue Cross Blue Shield of Michigan (Asegurador de terapia ocupacional y terapia del habla)</p> <p>877-832-2829</p>	<p>UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231</p>	<p>UAW Auto Retiree Appeals Unit – Mail Code 2004 Blue Cross Blue Shield of Michigan 600 Lafayette East Detroit, MI 48226</p>
<p>Humana (Asegurador de terapia ocupacional y terapia del habla)</p> <p>800-758-5002 http://www.humana.com</p>	<p>Humana Claims P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601</p>	<p>Grievance and Appeals P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p>
<p>ValueOptions (Administrador de salud mental y abuso de sustancias) ("Administrador de beneficios de salud del comportamiento")</p> <p>877-228-3912 https://www.valueoptions.com/mc/eMember/memberLogin.do</p>	<p>Authorization Inquiries UAW Retiree Medical Benefits Trust c/o ValueOptions 48561 Alpha Drive Suite #150 Wixom, MI 48393-3442</p>	<p>UAW Retiree Medical Benefits Trust c/o ValueOptions 48561 Alpha Drive Suite #150 Wixom, MI 48393-3442</p>

Organizaciones para el mantenimiento de la salud

<p>Blue Care Network Advantage Plan (HMO-POS)</p> <p>800-222-5992 Los usuarios de TTY deben llamar al 711 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>BCN Advantage Blue Care Network 2311 Green Road- Mail Code A103 Ann Arbor, MI 48105 Teléf.: 1-800-222-5992 Los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1-866-364-0080</p>	<p>BCN Advantage Appeals and Grievance Unit Mail Code C248 20500 Civic Center Dr. Southfield, MI 48076 Teléfono: 1-800-222-5992 Los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1-866-522-7345</p>
<p>Blue Care Network Plan (HMO)</p> <p>800-222-5992 Los usuarios de TTY deben llamar al 711 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>Blue Care Network 2311 Green Road – Mail Code A103 Ann Arbor, MI 48105 Teléf.: 1-800-222-5992 Los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1-866-364-0080</p>	<p>Blue Care Network Appeals and Grievance Unit P.O. Box 284 Southfield, MI 48086-5043 Teléfono: 1-800-22-5992 Los usuarios de TTY deben llamar al 711 Fax: 1-888-458-0716</p>
<p>Blue Cross Blue Shield of Kansas City (HMO)</p> <p>816-395-3193 u 866-579-0864 http://www.BlueKC.com</p>	<p>P.O. Box 419169 Kansas City, MO 64141</p>	<p>Appeals Department Blue Cross and Blue Shield of Kansas City P.O. Box 417005 Kansas City, MO 64141-7005</p>

<p>Coventry Health Care of Missouri (HMO)</p> <p>800-755-3901 Non-Medicare http://www.chcmissouri.com</p> <p>800-755-3901 Medicare http://www.chcmissourimedicare.com</p>	<p>1-800-755-3901 Medicare http://www.chcmissouri.com</p> <p>1-800-533-0367 Medicare http://www.chcmissourimedicare.com</p>	<p>Member Appeals Coventry Health Care of Missouri 550 Maryville Centre Drive Suite 300 St. Louis, MO 63141</p> <p>Teléfono: 314-506-1700</p>
<p>Green Shield (Plan de salud canadiense)</p> <p>888-711-1119 http://www.greenshield.ca</p>	<p>P.O. Box 1606 Windsor, ON N9A 6W1</p>	<p>P.O. Box 1606 Windsor, ON N9A 6W1 Attention: Supervisor “insert claim type” Department</p>
<p>Health Alliance Plan (HMO)</p> <p>800-422-4641 (Comercial) 800-801-1770 (Medicare Advantage) http://www.hap.org</p>	<p>2850 W. Grand Blvd. Detroit, MI 48202 Attn: Claims</p>	<p>2850 W. Grand Blvd. Detroit, MI 48202 Attn: Manager of Grievance Department</p> <p>Los miembros también pueden enviar sus apelaciones por fax al 313-664-5866 o en persona al centro HAP ubicado en 2850 W. Grand Blvd. o al centro HAP de 21700 Northwestern Highway, Southfield, MI 48304</p>
<p>HealthPartners (HMO)</p> <p>952-883-5000 http://www.healthpartners.com</p>	<p>Member Services HealthPartners P.O. Box 1309 Minneapolis, MN 55440-1309</p>	<p>Member Services HealthPartners P.O. Box 1309 Minneapolis, MN 55400-1309</p>
<p>HealthPlus (HMO)</p> <p>810-230-2000 http://www.healthplus.org</p>	<p>2050 S. Linden Road Flint, MI 48532</p>	<p>2050 S. Linden Road Flint, MI 48532</p>
<p>Humana (HMO)</p> <p>800-758-5002 http://www.humana.com</p>	<p>Humana Claims P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601</p>	<p>Grievance and Appeals P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p>
<p>Kaiser Permanente Northern California (HMO)</p> <p>800-464-4000 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan Claims and Referrals Member Services P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 Teléfono: 800-390-3510</p>	<p>Servicios a miembros: 800-464-4000</p>

Kaiser Permanente Southern California (HMO) 800-464-4000 http://www.kp.org	Kaiser Foundation Health Plan Claims and Referrals Member Services P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 Teléfono: 800-390-3510	Servicios a miembros: 800-464-4000
Kaiser Permanente Northwest (HMO) 800-813-2000 http://www.kp.org	Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest Member Relations Department 500 NE Multnomah St. Suite 100 Portland, OR 97232-2099	Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest Member Relations Department 500 NE Multnomah St. Suite 100 Portland, OR 97232-2099
Kaiser Permanente Georgia (HMO) 404-261-2590 u 888-865-5813 http://www.kp.org	Kaiser Permanente Claims Administration P.O. Box 190849 Atlanta, GA 31119-0849	Kaiser Permanente Appeals Department Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, N.E. Atlanta, GA 30305-1736
Kaiser Permanente Colorado (HMO) 303-338-3800 http://www.kp.org	Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 373150 Denver, CO 80237-3150	Kaiser Permanente Appeals Program P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066
Kaiser Permanente Mid-Atlantic (HMO) 301-468-6000 [área de DC] 800-777-7902 http://www.kp.org	Kaiser Permanente Claims P.O. Box 6233 Rockville, MD 20849-6233	Kaiser Permanente 2101 E. Jefferson St. Rockville, MD 20849 Teléfono: 301-468-6000 Fax: 301-816-6733