



Descripción Resumida del Plan

Sus beneficios de salud y bienestar

UNITE HERE HEALTH

Descripción Resumida del Plan Alaska HERE Plan Unit 190

Vigente a partir del 01 de enero de 2020

Esta Descripción Resumida del Plan sustituye y remplaza todos los materiales emitidos previamente.

Estimado(a) Participante del Plan

El Fondo al que usted pertenece es el fondo de UNITE HERE HEALTH.

Nuestra misión es proporcionar beneficios para la salud que ofrezcan atención médica asequible y de alta calidad a nuestros participantes a un mejor valor, con un mejor servicio de el que está disponible en el mercado.

Creemos que nuestro éxito depende de la innovación y de la participación de nuestros participantes.

Este libro es su Descripción Resumida del Plan (SPD por sus siglas en inglés). Explica sus beneficios de salud, Plan de Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento, incluyendo información acerca de elegibilidad, beneficios, limitaciones y exclusiones, reclamos, procedimientos de revisión de reclamos y sus derechos legales. Es su responsabilidad comprender su Plan de Beneficios y cómo utilizarlos.

También puede llamar al Fondo de Salud (Health Fund) al 844-427-8501. Tenemos representantes que pueden ayudarle tanto en inglés como en español. Estos representantes están capacitados para contestar sus preguntas sobre beneficios y ayudarlo con sus dudas.

¡Es un placer servirle y le deseamos buena salud!

Tabla de Contenido

Utilizando este libroA-1
¿Cómo puedo obtener ayuda?A-4
¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?A-7
Elegibilidad para coberturaB-1
Finalización de la coberturaB-15
Reestablecer la elegibilidadB-21
Autorización previa
Beneficios médicos GoldD-1
Beneficios médicos SilverD-17
Beneficios médicos BronzeD-33
Programa de beneficios para viajesD-49
Beneficios de medicamentos con recetaD-53
Coalition Health CenterD-63
Programa de bienestar y atención menorD-67
Beneficios dentalesD-73
Beneficios del seguro de vida y AD&DD-81
Beneficios de Beca de Fondos Especiales John WilhelmD-89
Disposiciones de presentación y apelación de reclamosE-1
Coordinación de beneficiosF-1
Reembolso y SubrogaciónF-7
Reclamos de emergencia fuera del país
Otra información importanteH-1
Exclusiones y limitaciones generalesI-1
Sus Derechos bajo ERISA
Cobertura de Continuación COBRAK-1
DefinicionesK-9
Conseio de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTHK-21

Utilizando este libro

Conozca:

- ➤ Lo que UNITE HERE HEALTH es.
- > Qué es este libro y cómo usarlo.
- > Cómo le afectan sus opciones de beneficios.

Por favor, tómese un tiempo para revisar este libro.

Si usted tiene dependientes, comparta esta información con ellos, y hágales saber dónde guarda este libro, para que usted y su familia puedan usarlo como referencia en el futuro.

¿Qué es UNITE HERE HEALTH?

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) fue creado para proveer beneficios para usted y sus dependientes cubiertos. UNITE HERE HEALTH sirve a empleadores en la industria de la hospitalidad y se rige por un Consejo de Fideicomisarios compuesto por un número igual de Fideicomisarios del sindicato y empleadores. Cada empleador contribuye al Fondo en función de los términos específicos de los Acuerdos de Negociación Colectiva (CBA por sus siglas en inglés) entre el empleador y el sindicato.

Su Plan, el Plan Alaska HERE, es parte de UNITE HERE HEALTH. El Plan Alaska HERE ha sido adoptado por los Fideicomisarios para pagar los beneficios médicos y otros beneficios de salud y bienestar a través del Fondo.

¿Qué es este libro y por qué es importante?

Este libro es su Descripción Resumida del Plan (SPD por sus siglas en inglés). Su SPD le ayuda a comprender cuáles son sus beneficios y cómo usar sus beneficios. Es un resumen de las reglas y regulaciones del Plan y describe:

- Cuáles son sus beneficios
- Cómo usted llega a ser elegible para la cobertura
- Cuándo sus dependientes están cubiertos
- Limitaciones y exclusiones
- Cómo presentar reclamos
- Cómo apelar reclamos que han sido negados

Ningún empleador contribuyente, asociación empresarial, organización laboral o cualquier persona empleada por una de estas organizaciones tiene la autoridad para responder preguntas o interpretar cualquier provisión de esta Descripción Resumida del Plan en nombre del Fondo.

¿Cómo uso mi SPD?

Este SPD está dividido en secciones. Puede obtener más información sobre diferentes temas al leer cuidadosamente cada sección. Se muestra un resumen de los temas al comienzo de cada sección. Cuando tenga preguntas, siempre debe comunicarse con el Fondo al 844-427-8501. El Fondo puede ayudarle a comprender sus beneficios.

A-2

Lea su SPD para obtener información importante acerca de cómo sus beneficios son pagados y qué reglas podría necesitar seguir. Puede encontrar más información acerca de un beneficio especifico en la sección aplicable. Por ejemplo, puede obtener más información acerca de sus beneficios médicos en la sección titulada "Beneficios médicos". Si quiere saber más sobre sus beneficios de seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D), lea la sección titulada "Beneficios de seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)."

Recuerde, este SPD puede describir beneficios que no aplican para usted. Su CBA determina qué opciones de beneficios tiene (vea abajo).

Algunos términos están definidos para usted en la sección titulada "Definiciones" que comienza en la *página K-10*. El SPD también explicará lo que significan algunos términos comúnmente utilizados. Cuando tenga preguntas sobre el significado de ciertas palabras o términos, contacte al Fondo (*vea la página A-4*).

¿Cuáles son mis opciones de beneficios?

Los beneficios descritos en este SPD describen los términos de todas las opciones de beneficios disponibles bajo el Plan Alaska HERE. Sin embargo, su CBA determina qué opciones de beneficios tiene. Por ejemplo, usted puede ser elegible para participar en el plan Bronze según su CBA, pero hay información en el SPD que explica los beneficios de los Plan Gold y Silver, por lo tanto, las partes del SPD que explican los beneficios de los Planes Gold y Silver no se aplican a usted.

Los beneficios médicos aplican tanto para usted como sus dependientes inscritos. No puede elegir cobertura solamente para sus dependientes. Debe elegir cobertura para sí mismo para poder elegir cobertura para sus dependientes.

Puede cambiar sus opciones de cobertura para sus dependientes en determinados momentos en el año, llamados "períodos de inscripción." *Consulte la página B-9* para obtener más información sobre estos períodos de inscripción.

Los beneficios dentales aplican solamente para usted; sus dependientes no son elegibles para beneficios dentales.

Cuando tenga preguntas acerca de sus beneficios, contacte al Fondo al 844-427-8501.

Beneficios médicos

El Plan Alaska tiene un Plan Gold, un Plan Silver y un Plan Bronze. Basado en su CBA (Acuerdo de Negociación Colectivo) usted fue inscrito en uno de estos planes, una vez que usted cumplió con el período inicial de elegibilidad. Si usted quiere inscribir a sus dependientes elegibles para beneficios médicos, debe hacerlo durante un período de elegibilidad. *Consulte la página B-9* para obtener más información de cómo inscribir a sus dependientes. Usted puede revisar su tarjeta de identificación o llamar al Fondo al **844-427-8501** para ver en qué plan está inscrito. *Consulte la página B-3* para ver el monto que usted paga para agregar a sus dependientes a los beneficios médicos.

¿Cómo puedo obtener ayuda?

Otros beneficios

El Plan Alaska HERE también incluye beneficios dentales y beneficios de seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) únicamente para empleados. Estos beneficios no están disponibles para dependientes elegibles. Puede encontrar más información acerca de los beneficios dentales en la *página D-74* y sobre los beneficios de seguro de vida/AD&D en la *página D-82*.

UNITE HERE HEALTH 844-427-8501

Llame al Fondo:

- Cuando tenga alguna pregunta sobre sus beneficios.
- Cuando tenga preguntas acerca de su elegibilidad.
- Cuando tenga preguntas sobre su reclamo, incluyendo si el reclamo ha sido recibido o pagado.
- Para actualizar su dirección.
- Para solicitar nuevas tarjetas de identificación.
- Para obtener formularios o un SPD.

También puede visitar la página de internet de UNITE HERE HEALTH para obtener formularios, obtener otra copia de su SPD, o solicitar otra información: www.uhh.org.

Este folleto contiene un resumen en español de sus derechos y beneficios bajo el Plan Alaska HERE de UNITE HERE HEALTH. Si tiene dificultad para comprender cualquier parte de este folleto, puede llamar a UNITE HERE HEALTH al 844-427-8501 para asistencia. Las llamadas son contestadas de 08:30 a.m. a 4:30 p.m. hora de Alaska

Otros contactos importantes

MultiPlan

(888) 636-7427 www.multiplan.com

Medical Rehabilitation Consultants 111 W. Cataldo Avenue, Suite 200 Spokane, WA 99201-3203 (800) 827-5058 CVS Caremark (866) 818-6911 www.caremark.com

CVS/ Caremark Specialty Pharmacy (800) 237-2767 www.cvsspecialty.com

A-4

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Conozca:

- > Por qué usted debe conseguir un proveedor de atención primaria.
- Por qué usted debe recibir cuidados médicos preventivos.
- > Cómo reducir sus costos por atención de urgencia.
- Por qué debe llamar al Fondo.
- Cómo usar proveedores PPO para ahorrar tiempo y dinero.

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Consiga un proveedor de atención primaria

Usted y cada uno de sus dependientes deben tener un proveedor de atención primaria (también conocido como "PCP"). Usted debe familiarizarse con su PCP para que él o ella puedan ayudarlo a mejorar su salud y mantenerse saludable. Su PCP puede ayudarlo a encontrar posibles problemas lo antes posible, responder sus preguntas y coordinar su atención con especialistas. Su PCP también ayuda a llevar un control para saber cuándo usted necesita cuidado preventivo.

Se le recomienda tener un PCP, pero el Fondo no lleva registro de quién es su PCP. Usted no necesita decirle al Fondo quién es su PCP y no necesita decirle al Fondo si usted cambia de PCP.

- ✓ Si usted está en el área de Anchorage o Fairbanks, puede ir al Centro de Salud Coalition Health Center para cuidados primarios. *Ver página D-64*
- ✓ Para encontrar un proveedor PPO en la red Multiplan:
 - 1. Visite "http://www.multiplan.com"
 - 2. Haga clic en "Buscar un proveedor" en la esquina superior derecha de la página
 - 3. Haga clic en "Seleccionar una red"
 - ➤ Para proveedores (doctores, hospitales, etc.) en Alaska, su red de PPO es Beech Street (MultiPlan)
 - ➤ Para proveedores (doctores, hospitales, etc.) en Washington, Idaho y Montana, su red de PPO es First Choice Network (MultiPlan)
 - ➤ Para proveedores (doctores, hospitales, etc.) en todos los demás estados, su red de PPO es PHCS (MultiPlan)
- ✓ Usted puede llamar a MultiPlan al (888) 636-7427 o llame a UNITE HERE HEALTH al 844-427-8501 para obtener ayuda para encontrar un PCP.

Reciba cuidados médicos preventivos

Su plan paga el 100% por la mayoría de los tipos de cuidados médicos preventivos. Obtener cuidados médicos preventivos le ayuda a mantenerse saludable al buscar señales de condiciones médicas graves. Si los cuidados médicos preventivos o las pruebas muestran que hay un problema, entre más rápido se le diagnostica, más rápido puede comenzar tratamiento.

Obtenga autorización previa para su cuidado

Usted o su proveedor deben llamar antes de que usted reciba ciertos tipos de cuidado. *Consulte la página C-2* para obtener más información acerca de la lista de servicios y suministros que requieren autorización previa. Si no llama primero, podría pagar más por su atención médica, incluso puede que tenga que pagar todo el costo. ¡Asegúrese de obtener autorización previa para su cuidado médico!

✓ Llame a Medical Rehabilitation Consultants al (800) 827-5058 para obtener autorización previa para su cuidado.

Reconsidere la atención en la sala de emergencias

¿Realmente es una emergencia? Si no lo es, usted paga menos cuando va a un centro de atención de urgencias. Paga mucho menos cuando va a un centro de atención de urgencia PPO que cuando va a la sala de emergencias.

Si utiliza una sala de emergencias de un hospital de la red para recibir atención de rutina que su PCP podría proporcionar, usted paga su coseguro (por ejemplo el 40% bajo el plan Bronze) de los cargos permitidos. (*Consulte la página K-13*) para una definición de "emergencia.")

✓ Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias.

Llame al Fondo

El Fondo está aquí para ayudarle. El personal del Fondo puede ayudarle a encontrar un proveedor, responder sus preguntas sobre sus beneficios, ponerle en contacto con Medical Rehabilitation Consultants para obtener autorización previa para su atención y responder otras preguntas para usted. *Consulte la página C-2* para obtener más información.

✓ También puede llamar al Fondo al **844-427-8501** para obtener ayuda para encontrar un PCP. Si elige un proveedor PPO, generalmente pagará menos fuera de su bolsillo.

Use proveedores PPO

Reduzca sus costos con un proveedor PPO

El Plan generalmente paga mayores beneficios si elige un proveedor PPO a que si elige un proveedor que no pertenece a PPO. Solo tiene que pagar la diferencia entre la tarifa con descuento del proveedor de PPO (el cargo permitido del Plan) y lo que el Plan paga por los servicios cubiertos. El proveedor de PPO no puede cobrarle la diferencia entre el cargo permitido y sus cargos reales (a veces llamado facturación del saldo). Esto significa que usted pagará menos fuera de su bolsillo si elige un proveedor PPO.

A-9

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Busque en la sección de beneficios médicos un ejemplo de cómo usar un proveedor PPO puede ahorrarle dinero. El Plan aplicará los beneficios de PPO al tratamiento proporcionado por un proveedor de atención médica que no pertenece a PPO que se especialice en medicina de emergencia, radiología, anestesiología o patología, así como para consultas en el hospital con proveedores que no sean de PPO. Sin embargo, el cargo permitido se determinará basado en si el proveedor está o no dentro de la red. Usted aún debe pagar la diferencia entre el cargo permitido del Plan y lo que el proveedor que no pertenece a PPO cobra. Esta regla también se aplica si no hay un proveedor PPO en esa especialidad.

Presentación de reclamos más fácil con un proveedor PPO

Otra ventaja de usar un proveedor PPO es que el proveedor PPO generalmente presentará un reclamo por usted. Por lo general, no tiene que completar un formulario de reclamo ni enviar sus recibos.

Si elige un proveedor que no pertenece a PPO, es posible que deba pagar todo el costo de su atención y luego enviar un reclamo para que se le reembolse la parte del Plan de su atención cubierta. Es posible que el proveedor que no pertenece a PPO no presente un reclamo por usted. *Consulte la página E-2* para más información sobre cómo presentar reclamos.

¿Cómo me mantengo dentro de la red?

Cuando usted o sus dependientes requieren de atención médica, usted puede elegir un médico, hospital u otro proveedor de atención médica que desee. Sin embargo, si utiliza los servicios de un proveedor PPO dentro del municipio de Anchorage, el Plan paga una tasa más alta de coseguro y tiene un límite anual más bajo de deducible y coseguro. Independientemente del proveedor que elija, los beneficios estarán sujetos a todos los demás términos, condiciones y limitaciones del Plan. El Plan no supervisa, controla ni garantiza los servicios de atención médica de ningún proveedor (PPO o no-PPO).

Sus proveedores de PPO dentro del Municipio de Anchorage para servicios hospitalarios, fisioterapia, terapia de manos, medicina de emergencia y servicios de patología se enumeran a continuación. Usted debe utilizar estos proveedores para estos servicios. Si va a otro proveedor en Anchorage para estos servicios, el proveedor será un proveedor que no pertenece a PPO y se le reembolsará según los beneficios que no sean de PPO.

- Alaska Regional Hospital
- Chugach Physical Therapy
- Alaska Hand Rehabilitation
- Ascension Physical Therapy
- Denali Emergency Medicine Associates
- Pathology Associates

A-10

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

El Fondo puede obtener descuentos considerables en estas instalaciones, a fin de reducir los costos generales de salud para usted mientras mantiene altos estándares de cuidados.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, o necesita ayuda para encontrar un proveedor de PPO, llame al Fondo al 844-427-8501.

Obtener cuidado fuera del Municipio de Anchorage

Si usted va a un hospital o a otra institución fuera del Municipio de Anchorage, usted pagará el porcentaje del deducible y coseguro. Sin embargo, los costos fuera de su bolsillo para un centro/hospital que no pertenece a PPO pueden ser más altos, debido a que el Plan puede no pagar tanto como lo haría por un hospital o centro de PPO. Esto significa el que hospital o el centro pueden facturarle lo que el plan no pagó.

(Vea el ejemplo de reclamo en la página D-8)

Elegibilidad para cobertura

Conozca:

- > Quién es elegible para la cobertura (quiénes son sus dependientes).
- ➤ Cómo se inscribe usted y sus dependientes.
- > Cómo y cuándo se convierte en elegible para cobertura.
- > Cómo se mantiene elegible para cobertura.
- > Cuándo sus dependientes se convierten en elegibles.
- > Cuando puede agregar o eliminar dependientes.

Elegibilidad para cobertura

Usted establece y mantiene elegibilidad al trabajar para un empleador requerido por un Acuerdo de Negociación Colectivo (CBA, según sus siglas en inglés) para hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre. Puede haber un período de espera bajo su CBA antes de que su empleador deba comenzar a hacer dichas contribuciones. También es posible que deba cumplir con otras reglas o requisitos de elegibilidad descritos en su CBA antes de que su empleador deba contribuir en su nombre. Las horas que trabaje durante un período de espera o antes de cumplir con todos los criterios de elegibilidad descritos en su CBA no cuentan para establecer su elegibilidad bajo UNITE HERE HEALTH. Debe consultar su CBA—le informará cuándo su empleador comenzará a hacer contribuciones para su cobertura, así como cualquier otra regla que deba seguir, o criterios que deba cumplir, para ser elegible.

Las reglas de elegibilidad descritas en esta sección no se aplicarán a usted hasta que y a menos que su empleador deba comenzar a hacer contribuciones en su nombre.

¿Quién es elegible para la cobertura?

Empleados

Usted es elegible para la cobertura si cumple con todas las siguientes reglas:

- Usted trabaja para un empleador que es requerido por un CBA a contribuir a UNITE HERE HEALTH en su nombre.
- Las contribuciones requeridas por ese CBA son recibidas por UNITE HERE HEALTH.
- Cumple con las reglas de elegibilidad del Plan. *Consulte la página B-5* para obtener más información sobre las reglas de elegibilidad.

<u>Dependientes</u>

Si usted tiene dependientes cuando se convierte en elegible para cobertura, puede registrar (inscribir) a sus dependientes para cobertura durante su período de inscripción inicial. La cobertura de sus dependientes iniciará cuando la suya lo haga (no antes).

Usted puede agregar dependientes después de que inicie su cobertura, pero solo en ciertos momentos. *Consulte la página B-9* para obtener más información sobre estos períodos de inscripción.

Debe inscribir a cualquier dependiente que desee cubrir y hacer las contribuciones requeridas por el costo de la cobertura de dependientes. Sus contribuciones se suman a cualquier costo compartido que paga por sus servicios y suministros de atención médica específicos. Comuníquese con el Fondo cuando necesite más información sobre el monto de sus contribuciones para la cobertura de su dependiente. Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cuándo comienza la cobertura de sus dependientes.

Costo de la cobertura de dependientes

Número de dependientes	Contribuciones mensuales		
1	\$35		
2 o más	\$50		

Si usted no registra a su(s) dependiente(s), o no realiza las contribuciones requeridas para su(s) dependiente(s), el Plan no pagará beneficios por esa persona.

Quiénes son sus dependientes

Su dependiente puede ser cualquiera de los siguientes, siempre y cuando usted demuestre pruebas de su relación con ellos:

- Su cónyuge legalmente casado.
- Sus hijos menores de 26 años, que incluyen:
 - Hijos biológicos.
 - > Hijastros.
 - ➤ Hijos adoptados, o niños colocados con usted para adopción y para los cuales se requiere legalmente que proporcione manutención hasta que se finalice la adopción.
 - ➤ Niños para los cuales se le otorgue la tutela legal o la custodia exclusiva de acuerdo con una ley estatal de relaciones domésticas.
 - ➤ Niños que tengan derecho a la cobertura debido a una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO según sus siglas en inglés).
 - ✓ La ley federal exige que UNITE HERE HEALTH cumpla con una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO). UNITE HERE HEALTH ha establecido procedimientos para determinar si un decreto de divorcio o una orden de manutención cumple con los requisitos federales y para la inscripción de cualquier niño nombrado en la Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO). Para obtener una copia de estos procedimientos sin costo o para obtener más información, comuníquese con el Fondo.

Elegibilidad para cobertura

Su hijo puede estar cubierto después de los 26 años si él o ella no puede mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física. La discapacidad debe haber comenzado antes de que el(la) hijo(a) cumpliera 19 años, y el(la) niño(a) debe haber estado cubierto por el Plan el día antes de cumplir 19 años. Para más información, *consulte la página B-17*. (Se aplican reglas especiales a los niños con discapacidades mentales o físicas que estaban cubiertos por el plan del empleador cuando un nuevo empleador comienza a participar en el Plan Alaska HERE. Comuníquese con el Fondo, en caso de preguntas.)

Requerimientos para inscripción

Empleados

Usted automáticamente está inscrito. El Fondo puede solicitarle que brinde información y documentación que el Fondo requiere para sus registros, incluso si su Empleador paga el costo total de su cobertura.

<u>Dependientes</u>

✓ No puede elegir cubrir solo para sus dependientes. Usted sólo se puede cubrir sus dependientes cuando usted está inscrito para la cobertura, también.

Para poder inscribir a sus dependientes, debe proporcionar información sobre ellos cuando usted se inscriba. Debe proporcionar la información solicitada durante su período de inscripción inicial. UNITE HERE HEALTH le indicará cuándo se debe presentar esta información. Si no proporciona la información solicitada antes de la fecha de vencimiento, es posible que tenga que esperar para inscribir a sus dependientes hasta la próxima inscripción abierta o período de inscripción especial (consulte página B-9 para más información).

Consulte la página B-8 para obtener información sobre cuándo comienza la cobertura para sus dependientes.

También debe demostrar que cada dependiente que inscribe cumple con la definición del Fondo de dependiente. Debe proporcionar al menos uno de los siguientes aspectos para cada uno de sus dependientes:

- Una copia certificada del certificado de matrimonio.
- Una conmemoración del matrimonio de una denominación generalmente reconocida de religión organizada.
- Una copia certificada del certificado de nacimiento.

B-4

- Un certificado de bautizo.
- Registros de nacimiento hospitalarios.
- Prueba escrita de adopción o tutela legal.
- Decretos judiciales que requieren que brinde beneficios médicos para un niño dependiente.
- Copias de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040 o sus equivalentes).
- Un certificado de cobertura acreditable.
- Documentación del estatus de dependiente emitida y certificada por el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS).
- Documentación del estatus de dependiente emitida y certificada por una embajada extranjera

Solo el Nombre de uno de los padres debe estar en los documentos que proporcione al Fondo como prueba para demostrar que un hijo es su dependiente. Sin embargo, si su apellido no es el apellido del padre o madre que figura en el comprobante del documento, debe poder demostrar su relación con el hijo (por ejemplo, el padre o madre que figura es hijo es su cónyuge). Por ejemplo, si el certificado de nacimiento de su hijo nombra a su cónyuge como el padre o madre de su hijo, pero no a usted, también debe proporcionar prueba de que está casado con su cónyuge para demostrar su relación con su hijo.

Debe proporcionar los documentos de prueba para dependientes en la misma fecha en que debe proporcionar su información para inscripción (*Consulte página B-9* para más información sobre derechos de inscripción especial). Recuerde, debe proporcionar toda la documentación de prueba requerida antes de que se paguen los reclamos en nombre de su dependiente.

Cuando inicia su cobertura (Elegibilidad inicial)

Usted es elegible para beneficios médicos y dentales en el primer día del tercer mes después de haber trabajado 255 horas (o más) en tres meses consecutivos (por ejemplo: enero, febrero y marzo) y su empleador hace contribuciones en su nombre. Esto significa que sus beneficios comenzarán el primer día del sexto mes (su período de cobertura).

Ejemplo: Cuando inicia la cobertura de usted y sus dependientes

- Usted trabaja al menos 255 horas reportadas y su empleador pagó las contribuciones en su nombre en enero, febrero y marzo (su período de trabajo).
- Usted esperará por sus beneficios en abril y mayo (su período de espera de 2 meses o período de demora (lag period)).
- Sus beneficios comenzarán el 1 de junio (su período de cobertura).

Período de cobertura Sus beneficios iniciarán el primero de este mes Mes 1 Mes 2 Mes 3 Mes 4 Mes 5 Mes 6 Febrero abril **Tunio** Enero marzo mayo Período de demora Período de trabajo (Lag Period) Usted trabaja 255 horas o más en 2 meses de espera cualquier período de 3 meses consecutivos.

Continuación de la elegibilidad

Cuando haya cumplido con los requisitos iniciales de Elegibilidad, su cobertura continuará cuando trabaje 100 horas en un mes (aproximadamente 25 horas a la semana) y su Empleador continúe haciendo las contribuciones requeridas en su nombre bajo los términos de su CBA. Esas horas se aplicarán a la elegibilidad 2 meses después.

Ejemplo: Manteniendo su cobertura y la de sus dependientes

- Usted ya es elegible para los beneficios y su empleado hace contribuciones por 100 horas en enero.
- Usted y sus dependientes conservarán los beneficios para abril.

Si trabaja 100 horas y su empleador hace contribuciones para (su período de trabajo):	Usted y su dependiente estarán cubiertos en (su período de cobertura):
Enero	Abril
Febrero	Mayo
Marzo	Junio
Abril	Julio
Mayo	Agosto
Junio	Septiembre
Julio	Octubre
Agosto	Noviembre
Septiembre	Diciembre
Octubre	Enero
Noviembre	Febrero
Diciembre	Marzo

Banco de Horas

Si usted tiene más de 100 horas reportadas y contribuidas en un empleo cubierto en cualquier mes, sus horas adicionales serán puestas en un banco de horas. Si no tiene 100 horas reportadas y contribuidas en el mes laboral, las horas en banco de horas se deducirán automáticamente para aumentar el total de horas a 100 y mantener su elegibilidad. El número máximo de horas que puede tener en su banco de horas son 220, después de deducir las horas del mes actual.

En el caso de que usted se vuelva inactivo (no elegible durante 12 meses consecutivos), todas las horas en su banco de horas volverán al Plan, y deberá restablecer su elegibilidad de acuerdo con las disposiciones de elegibilidad inicial.

Opción de "Hours Pay Up" (disponibilidad limitada)

Si usted fué contratado antes del 1 de julio del 2013, estuvo en el Plan Full Benefits (Legacy) al 31 de diciembre del 2019, y eligió la opción de "Hours Pay Up" para el año del plan que comienza el 1 de enero de 2020, usted es elegible para la opción de pago de horas (Hours Pay Up). Debe trabajar y tener contribuciones del empleador durante al menos 36 horas en un mes para poder usar esta opción de auto-pago (self-pay) Contacte el Fondo para más información.

Auto-pagos (Self-payments) durante la remodelación o restauración

Si su lugar de trabajo cierra o parcialmente cierra porque está siendo remodelado o restaurado, usted puede realizar auto-pagos (self-payments) para continuar su cobertura hasta que finalice la remodelación o restauración. Sin embargo, solo puede realizar auto-pagos por hasta 18 meses a partir de la fecha en que su lugar de trabajo comenzó a remodelar o restaurar.

Auto-pagos (Self-payments) durante una huelga

Usted también puede realizar auto-pagos para continuar con la cobertura si se cumplen todas las siguientes reglas:

- Su CBA ha expirado.
- Su empleador está involucrado en negociaciones colectivas con el sindicato y se ha llegado a un punto muerto.
- El sindicato certifica que se están tomando acciones afirmativas para continuar la relación de negociación colectiva con el empleador.

Usted puede realizar auto-pagos para continuar con su cobertura hasta por 12 meses, siempre y cuando no participe en una conducta inconsistente con las acciones que está tomando el sindicato.

Cuando comienza la cobertura de dependientes

La cobertura para dependientes no puede comenzar antes de empezar con su cobertura. La cobertura para dependientes no puede continuar después de que finalice su cobertura.

Cuando usted sea elegible para la cobertura de dependientes, puede elegir la cobertura para 1 dependiente ó 2 o más dependientes Recuerde, debe inscribir a sus dependientes antes de que el Plan pague beneficios por estos reclamos (*Consulte la página B-4*).

Si inscribe a dependientes cuando usted es elegible inicialmente,

la cobertura para sus dependientes comienza al mismo tiempo que la suya, siempre y cuando proporcione todos los materiales de inscripción necesarios antes de la fecha límite para inscribirse, además de comenzar a realizar pagos por el costo de la cobertura de sus dependientes.

Si agrega dependientes después de ser elegible inicialmente

- Si eligió no inscribir a sus dependientes cuando fue elegible inicialmente, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta o período de inscripción especial *(consulte la página B-9)* para inscribir a dependientes.
- Si eligió cobertura para un dependiente cuando fue elegible inicialmente, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta o período de inscripción especial para inscribir a cualquier dependiente adicional.
- Si eligió la cobertura para 2 o más dependientes o su familia, cuando fue elegible inicialmente, puede agregar niños en cualquier momento. La cobertura del niño(a) comenzará como se explica a continuación:
 - ➤ Si tiene un hijo nuevo (un niño nace, es adoptado o se le asigna para adopción, o se muda a los EE.UU para vivir con usted), esto se considera un evento de inscripción especial, y las reglas para eventos de inscripción especial (consulte la página B-9) determinarán cuándo el niño tiene cobertura.
 - ➤ Puede inscribir a otros niños que cumplan con la definición de "niño" del Fondo en cualquier momento del año. No tiene que esperar para la inscripción abierta o para un evento de inscripción especial. Siempre y cuando proporcione toda la documentación de prueba requerida dentro de los 30 días de informarle al Fondo que desea agregar al niño, la cobertura para ese niño comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que le informe al Fondo sobre el niño.

Continuación de la cobertura para dependientes

Sus dependientes permanecerán cubiertos siempre y cuando usted siga siendo elegible y realice los pagos necesarios para la cobertura de sus dependientes. Los pagos por el costo de la cobertura para sus dependientes vencen el día 20 del mes anterior al mes de cobertura. Sin embargo, tendrá un período de gracia de 30 días para realizar su pago, si lo necesita. Si deja de pagar o no paga puntualmente la cobertura para dependientes, debe esperar hasta el próximo período de inscripción anual para inscribir a sus dependientes para la cobertura. Pagos atrasados resultarán en una pérdida de cobertura para los miembros de familia que haya inscrito. Es importante realizar su pago a tiempo. Los pagos deben hacerse con cheque o giro postal, pagaderos a UNITE HERE HEALTH y enviados por correo a:

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 809328 Chicago, IL 60680-9328

Períodos de Inscripción

Períodos de inscripción abierta:

Los períodos de inscripción abierta le brindan la oportunidad de elegir la cobertura para sus dependientes. También le brinda la oportunidad de cambiar su nivel de cobertura (por ejemplo, si decide cubrir a más de un dependiente), si solo inscribió a algunos de sus dependientes. Si desea inscribir a más dependientes, debe proporcionar el material de inscripción requerido y hacer los pagos necesarios. Sus materiales de inscripción abierta describirán los plazos para la inscripción y cuándo comenzará la cobertura.

Períodos especiales de inscripción

En algunas circunstancias especiales, no necesita esperar el período de inscripción abierta para inscribir a sus dependientes. Puede inscribir a cualquier dependiente para cobertura dentro de los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes eventos:

- Finalización de otra cobertura de salud grupal, incluyendo la cobertura de continuación COBRA que tenía su dependiente cuando usted se convirtió en elegible para la cobertura del Plan (o sus dependientes se convirtieron en elegibles para la cobertura del Plan), a menos que el dependiente haya perdido la cobertura porque usted dejó de realiza los pagos de primas.
- Usted contrae matrimonio.
- El nacimiento de su hijo(a).
- La adopción o colocación para la adopción de un hijo(a) menor de 26 años.

Elegibilidad para cobertura

- Un dependiente que anteriormente residía en un país extranjero viene a Estados Unidos y toma la residencia con usted.
- Su dependiente o usted pierden la elegibilidad para los beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP).
- Cuando un dependiente se convierte en elegible para recibir asistencia financiera del estado bajo Medicaid o Seguro Estatal de Salud para Niños (CHIP) para ayudar a pagar por el costo de cobertura de dependiente de UNITE HERE HEALTH.

Media vez usted inscriba a su dependiente dentro de los 60 días y comience a hacer las contribuciones requeridas, si usted contrae matrimonio o si la otra cobertura finaliza (incluida la cobertura de Medicaid o un plan CHIP), o si es elegible para recibir asistencia financiera estatal bajo Medicaid o CHIP, la cobertura para sus dependientes comienza el primer día del mes siguiente a la fecha del evento.

Media vez usted inscriba a su dependiente dentro de los 60 días y comience a hacer las contribuciones requeridas, si su hijo nace, si adopta a un hijo, si un niño es colocado con usted para adopción, o si un dependiente viene a los Estados Unidos para tomar residencia con usted, la cobertura para sus dependientes comienza en la fecha en que el niño cumple con la definición de dependiente o la fecha en que el niño llega a los Estados Unidos para establecer residencia con usted.

Si tiene preguntas sobre períodos especiales de inscripción o cuándo la cobertura entra en vigencia, comuníquese con UNITE HERE HEALTH.

Si no aprovecha un período de inscripción especial, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta o período de inscripción especial para inscribir a sus dependientes.

Empleados jubilados

Usted es elegible para beneficios médicos para jubilados únicamente si era elegible para beneficios médicos para jubilados bajo el Plan Alaska HERE y eligió la cobertura para jubilados antes del 1 de enero de 2020.

El fondo le informará sobre la cantidad y el método de pago de la contribución mensual requerida para los beneficios de jubilado.

Dependientes de empleados jubilados

Sus dependientes también son elegibles para cobertura, si cumplen con la definición de dependiente elegible, como se describe en la *página B-3*, y usted hace la contribución mensual requerida.

Reglas para inscripción especial para jubilados

Si, como empleado jubilado cubierto por este Plan, adquiere un nuevo dependiente (cónyuge o hijo), puede inscribirlo en este Plan siempre y cuando envíe un formulario de inscripción al Fondo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de adquisición del nuevo dependiente.

- Para un nuevo dependiente adquirido por matrimonio, la cobertura es efectiva el primero del mes siguiente a la fecha del matrimonio con el jubilado.
- Para un hijo dependiente recién nacido, la cobertura es efectiva retroactivamente a la fecha de nacimiento. Para una adopción o colocación para adopción, la fecha de vigencia es la fecha de adopción o colocación.

Familiares sobrevivientes

Si usted muere mientras está cubierto por el Plan, la cobertura médica para su cónyuge e hijos dependientes puede continuar de la siguiente forma:

- Su cónyuge puede continuar la cobertura eligiendo y pagando las disposiciones de cobertura de continuación de COBRA (consulte la página K-2). Además, después de que haya expirado el período máximo de COBRA, el plan permite a los cónyuges sobrevivientes continuar con el auto-pago (self-payment) hasta que se vuelvan a casar, muera o hasta que el plan finalice, lo que ocurra primero.
- Cuando su hijo dependiente ya no cumple con la definición de dependiente elegible, él o ella puede continuar la cobertura bajo las disposiciones de cobertura de continuación COBRA (consulte la página K-2).

Para continuar la cobertura bajo las disposiciones de continuación de COBRA, su cónyuge o dependiente debe proporcionar un aviso oportuno (*consulte la página K-2* para obtener más información).

Jubilados/dependientes elegibles para Medicare

¡Importante! Si una persona con cobertura para jubilados es elegible para la cobertura de Medicare, la persona debe inscribirse en las partes A y B de Medicare.

Si usted es elegible para Medicare, los beneficios médicos para jubilados del plan se pagan asumiendo que está inscrito en las partes A y B de Medicare. Si no se ha inscrito, podría incurrir en gastos fuera de su bolsillo significativos.

La Parte A de Medicare cubre los gastos generales del hospital y la Parte B cubre los gastos médicos o médicos. El Fondo recomienda encarecidamente a todos los Jubilados que se comuniquen con la oficina del Seguro Social para determinar los procedimientos y los horarios para la inscripción en Medicare.

Si usted y/o su cónyuge comienzan Medicare, es su responsabilidad notificar al Fondo y enviar una copia de su Tarjeta de Medicare.

B-11

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

El programa de medicamentos con receta del Plan no está disponible para los jubilados elegibles de Medicare. Sin embargo, la cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible para todas las personas inscritas en la Parte D de Medicare. También puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare a través de otro plan de salud privado.

Para obtener más información

Para obtener ayuda personalizada y más información sobre las Partes A, B y D de Medicare, visite www.medicare.gov o llame al (800) 633-4227.

Nota: Los beneficios para jubilados no están garantizados. El Consejo de Fideicomisarios proporcionan estos beneficios de salud y bienestar para jubilados en la medida en que haya dinero disponible para pagar el programa. El Consejo de Fideicomisarios retienen la autoridad total y exclusiva, a su discreción, para determinar en qué medida el dinero está disponible para el programa. No se garantiza que este programa continúe indefinidamente y el Consejo de Fideicomisarios puede finalizarlo o modificarlo en cualquier momento.



Conozca:

> Cuándo finaliza su cobertura y la de sus dependientes.

Finalización de la cobertura

Su cobertura y la de sus dependientes continúa mientras mantenga su elegibilidad como se describe en la *página B-6* y realice las contribuciones requeridas para la cobertura de su dependiente. Sin embargo, su cobertura finaliza si ocurre uno de los eventos descritos a continuación. Si su cobertura finaliza, usted puede ser elegible para hacer auto-pagos (self-payments) para continuar con su cobertura (conocido como cobertura de continuación de COBRA). *Consulte la página K-2*.

Si usted (el empleado) está ausente del empleo cubierto debido a que se encuentra prestando servicio militar, usted puede optar por continuar cobertura de atención médica bajo el Plan para usted y sus dependientes por hasta 24 meses a partir de la fecha en que comienza su ausencia debido a que se encuentra prestando servicio militar. Para obtener más información, incluido el efecto de esta elección en sus derechos COBRA, comuníquese con **UNITE HERE HEALTH al 844-427-8501.**

Cuándo finaliza la cobertura del empleado

Su cobertura (la del empleado) finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización del Plan.
- El último día del mes de cobertura para el que trabajó y su empleador contribuyó durante 100 horas, o para el cuál tuvo 100 horas en su banco de horas (a menos que sea elegible para la opción de pago de horas (Hours Pay Up));
- El último día del mes antes de ingresar a las Fuerzas Armadas en servicio activo (excepto para el servicio activo temporal de 31 días o menos), aunque puede continuar la cobertura en forma de auto-pago bajo las reglas de continuación de cobertura de USERRA o COBRA.
- El último día del mes en que ya no es elegible para el Plan.
- El último día del mes para el cual se requirió que su empleador hiciera una contribución en su nombre. Por ejemplo, si la última contribución requerida de su empleador en su nombre fue en marzo, su cobertura continúa hasta finales de junio.
- El último día del mes de cobertura para el que realizó un pago a tiempo por horas (Hours Pay up), si se le permite hacerlo.
- La fecha de su muerte.

Consulte la página B-18 para conocer las reglas especiales que se aplican si el CBA de su empleador expira.

Cuando finaliza la cobertura de dependientes

La cobertura de sus dependientes finalizará en la primera de cualquiera de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización del Plan.
- La fecha en que finaliza su (de empleado) cobertura.
- La fecha en que el dependiente ingresa a cualquier rama de las fuerzas armadas.
- El último día del mes para el que realizó una contribución a tiempo para su dependiente.
- El último día del mes en que su dependiente ya no cumple con la definición del Plan como dependiente.
- Tras su fallecimiento, el último día del período de cobertura para el cual se reportaron suficientes horas de trabajo.
- Tras su fallecimiento, el último día del período de cobertura para el cual se realiza un pago parcial "Hours Pay Up" cuando no se reportaron suficientes horas de trabajo.

Si su hijo tiene 26 años o más, su cobertura puede continuar. Para continuar con la cobertura, su hijo(a) debe haber sido diagnosticado(a) con una discapacidad física o mental, no debe ser capaz de mantenerse a sí mismo y debe continuar dependiendo de su apoyo. La cobertura para un hijo(a) discapacitado(a) continuará mientras:

- Usted (el empleado) sigue siendo elegible;
- La discapacidad de su hijo(a) comenzó antes de los 19 años; y
- Su hijo(a) estaba cubierto bajo el Plan el día anterior a su cumpleaños número 19.

Debe proporcionar prueba de la discapacidad mental o física dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalizaría la cobertura debido a que su hijo(a) cumplió 26 años. También es posible que deba presentar pruebas de la discapacidad periódicamente. (Se aplican reglas especiales a los niños con discapacidades mentales o físicas cuando un nuevo empleador comienza a participar en el Plan Alaska HERE.) Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cómo continuar la cobertura para un(a) hijo(a) con una discapacidad grave.

Certificado de cobertura acreditable

Puede solicitar un certificado de cobertura acreditable dentro de los 24 meses inmediatamente posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura o la de sus dependientes. El certificado muestra las personas cubiertas por el Plan y la duración de la cobertura aplicable a cada uno. Sin embargo, el Fondo no le enviará automáticamente un certificado de cobertura acreditable. Comuníquese con el Fondo cuando tenga preguntas sobre los certificados de cobertura acreditable.

Reglas de finalización especiales

Su cobertura bajo el Plan finalizará si ocurre cualquiera de lo siguiente:

Sí: Su empleador ya no está obligado a contribuir debido a la descertificación, exención de responsabilidad por parte del Sindicato o un cambio en su representante de negociación colectiva,

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del último mes en el que se determina que se produjo la descertificación. Si hay un cambio en su representante de negociación colectiva, su cobertura finaliza el último día del mes para el cual su Empleador es requerido a contribuir.

Sí: El Acuerdo de Negociación Colectivo de su empleador expira, no se establece un nuevo Acuerdo de Negociación Colectivo después de la expiración de el CBA, y su Empleador no hace las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

Entonces: Su cobertura finaliza a más tardar el último día del segundo mes siguiente al mes en que la contribución de su empleador venció pero no se realizó.

Sí: El Acuerdo de Negociación Colectivo de su empleador expira, no se establece un nuevo Acuerdo de Negociación Colectivo y su Empleador continúa haciendo las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del 12vo mes, después de que expire el Acuerdo de Negociación Colectivo

Sí: Su empleador se retira total o parcialmente de UNITE HERE HEALTH.

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del mes para el cual su empleador está requerido a contribuir a UNITE HERE HEALTH.

Siempre debe mantenerse informado sobre las negociaciones de su sindicato y cómo estas negociaciones pueden afectar su Elegibilidad para beneficios.

Jubilado - Finalización de la cobertura

La cobertura para jubilados finaliza:

- El día que el jubilado ya no esté retirado. Esto ocurre el primer día de cualquier mes en que el jubilado trabaja suficientes horas para restablecer la elegibilidad activa bajo el Plan; o
- El día que muera el jubilado; o
- Si la contribución mensual no se paga a tiempo en la cantidad correcta. En este caso, la cobertura finalizará el último día del período de cobertura para el cual las contribuciones mensuales se hicieron a tiempo.

El efecto de las contribuciones de empleadores en mora severa

Los Fideicomisarios pueden terminar la elegibilidad para los empleados de un empleador cuyas contribuciones al Fondo se encuentran en moras severas. La cobertura para los empleados afectados finalizará a partir del último día del período de cobertura correspondiente al último período de trabajo para el cual el Fondo otorga la elegibilidad al procesar el informe de trabajo del empleador. El informe de trabajo refleja el historial laboral de un empleado, lo que le permite al Fondo determinar su elegibilidad.

Los Fideicomisarios tienen la autoridad exclusiva para determinar cuándo las contribuciones de un empleador se encuentran en mora severa. Sin embargo, debido a que los participantes generalmente no tienen conocimiento sobre el estado de las contribuciones de su empleador al Fondo, los participantes recibirán una notificación previa de la terminación planificada de la cobertura.

Límite de terminaciones retroactivas de cobertura permitidas

Su cobertura bajo el Plan no puede ser terminada retroactivamente (a esto se le llama una rescisión de cobertura) excepto en caso de fraude o una declaración falsa intencional de un hecho sustancial. En este caso, el Plan proporcionará un aviso con al menos 30 días de anticipación antes de finalizar la cobertura de manera retroactiva, y usted tendrá derecho a presentar una apelación.

Si el Plan finaliza la cobertura de forma prospectiva, la terminación prospectiva de cobertura (finalización programada para ocurrir en el futuro) no es una rescisión. Además, el Plan puede finalizar la cobertura retroactivamente en cualquiera de las siguientes circunstancias, y la finalización no se considera una rescisión de la cobertura:

- No hacer contribuciones o pagos hacia el costo de la cobertura, incluyendo la cobertura de continuación de COBRA, cuando es el vencimiento de esos pagos.
- Notificación fuera de tiempo de muerte o divorcio.
- Según lo permitido por la ley.

Reestablecer la elegibilidad

Conozca:

- > Cómo puede restablecer su elegibilidad y la de sus dependientes.
- > Se aplican reglas especiales si está en un permiso de ausencia debido a una llamada al servicio militar activo.
- > Se aplican reglas especiales si está en un permiso de ausencia debido a la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA por sus siglas en inglés).

Restableciendo la cobertura del empleado

Si pierde la elegibilidad, y su pérdida de elegibilidad es menor a 12 meses, usted puede restablecer su elegibilidad al cumplir con las reglas de elegibilidad continua del Plan *(consulte la p B-6)*. Si su pérdida de elegibilidad dura 12 meses o más, debe cumplir nuevamente con las reglas iniciales de elegibilidad del Plan. Si pierde la elegibilidad debido a un permiso de ausencia bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados, se aplican otras reglas.

Restableciendo la cobertura de dependientes

Si sigue siendo elegible pero la cobertura de sus dependientes termina porque usted deja de realizar los pagos requeridos, no podrá volver a inscribir a sus dependientes hasta el próximo período de inscripción abierta (consulte la página B-9).

Sin embargo, si deja de hacer pagos por la cobertura de sus dependientes porque usted pierde la elegibilidad, la cobertura de sus dependientes se restablecerá de la siguiente manera:

<u>Permisos de ausencia de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios</u> <u>Uniformados (USERRA por sus siglas en inglés)</u>

Para pérdidas de elegibilidad debido a licencias de ausencia bajo USERRA, la cobertura de sus dependientes se restablecerá inmediatamente después de su regreso al empleo cubierto, siempre y cuando también comience a hacer los pagos requeridos para la cobertura de dependientes al mismo tiempo.

<u>Permiso de ausencia bajo la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA por sus siglas en inglés)</u>

Para pérdidas de elegibilidad debido a un permiso de ausencia bajo FMLA, la cobertura de sus dependientes se restablecerá el primer día del mes en el que comience nuevamente a realizar los pagos requeridos para la cobertura de dependientes, siempre y cuando sus pagos comiencen tan pronto cuando regrese al empleo cubierto.

Pérdida de elegibilidad que no sea la terminación del empleo

Para pérdidas de elegibilidad por razones que no sean la terminación de su empleo, la cobertura de sus dependientes se restablecerá el primer día del mes para el que en que comience nuevamente a realizar pagos para la cobertura de dependientes, siempre y cuando sus pagos comiencen inmediatamente después de su regreso al empleo cubierto.

Transferibilidad

Si está cubierto por una Unidad de Plan (Plan Unit) de UNITE HERE HEALTH cuando finaliza su empleo pero comienza a trabajar para un empleador que participa en otra Unidad de Plan (Plan Unit) de UNITE HERE HEALTH dentro de los 90 días posteriores a la terminación de su empleo con el empleador original, será elegible bajo la nueva Unidad del Plan (Unit Plan) el primer día del mes para el cual se requiere que su nuevo empleador haga contribuciones en su nombre.

- Para calificar bajo esta regla, dentro de los 60 días posteriores a que comience a trabajar para su nuevo Empleador, usted, el sindicato o el nuevo empleador deben enviar un aviso por escrito al Departamento de Servicios y Operaciones de UNITE HERE HEALTH indicando que su elegibilidad debe ser proporcionada bajo las reglas de transferibilidad. Su elegibilidad bajo la nueva Unidad del Plan (Plan Unit) se basará en las reglas de esa Unidad del Plan (Plan Unit) para determinar la elegibilidad para los empleados de los nuevos empleadores contribuyentes (elegibilidad inmediata).
- Si no se proporciona un aviso por escrito dentro de los 60 días después de comenzar a trabajar para su nuevo empleador, su elegibilidad bajo el nuevo Plan Unit se basará en las reglas de ese Plan Unit para determinar la elegibilidad para los empleados de los empleadores contribuyentes actuales.

Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA por sus siglas en inglés)

✓ La elegibilidad continuará para usted y sus dependientes durante su licencia de ausencia bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA).

Si usted está haciendo pagos para la cobertura de dependientes cuando comienza la licencia FMLA, puede mantener su cobertura y la de sus dependientes durante la licencia haciendo los pagos requeridos para la cobertura de dependientes. Si deja de hacer pagos, la cobertura de sus dependientes finalizará. Sus dependientes volverán a ser elegibles el primer día del mes para el cual se requiere que su empleador haga una contribución en su nombre después de su regreso al trabajo, siempre y cuando comience a hacer pagos para la cobertura de dependientes inmediatamente después de su regreso al trabajo.

El efecto de las fuerzas armadas

Si es dado de baja honorablemente y regresa del servicio militar (servicio activo, entrenamiento de servicio inactivo o servicio de la Guardia Nacional a tiempo completo), o de ausencias para determinar su aptitud para servir en el ejército, se restablecerá su cobertura y la cobertura de sus dependientes inmediatamente después de su regreso al empleo cubierto si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted le proporciona a su empleador un aviso anticipado de su ausencia, siempre que sea posible.
- Su período de ausencia acumulada para el "Servicio elegible" no es más de 5 años.
- Usted informa o presenta una solicitud de re-empleo dentro de los siguientes límites de tiempo:
 - ➤ Para servicio de menos de 31 días o para una ausencia de cualquier duración para determinar su aptitud para el servicio uniformado, debe reportar antes del primer período de trabajo programado regularmente después de la finalización del servicio MÁS una asignación razonable por tiempo y viaje (8 horas).
 - ➤ Para servicio de más de 30 días pero menos de 181 días, debe enviar una solicitud a más tardar 14 días después de la finalización del servicio.
 - ➤ Para servicio de más de 180 días, debe regresar al trabajo o presentar una solicitud para regresar al trabajo a más tardar 90 días después de la finalización del servicio.
- Usted comienza a hacer pagos por cobertura de dependientes a su regreso al empleo cubierto.

Sin embargo, si su servicio finaliza y está hospitalizado o convaleciente por una lesión o enfermedad que comenzó durante su servicio en las fuerzas armadas, usted debe reportar o presentar una solicitud, según sea necesario, al final del período necesario para la recuperación. Generalmente el período de recuperación no puede exceder los 2 años.

No se impondrán períodos de espera en la cobertura restablecida, y al restablecer la cobertura se considerará continua para todos los fines del Plan.

✓ Sus derechos a restablecer la cobertura se rigen por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA). Si tiene más preguntas o si necesita más información, comuníquese con el Fondo

Autorización previa

Conozca:

- > Para obtener autorización previa para su atención.
- > Regístrese para la administración de casos y la gestión de utilización.

Autorización previa

El programa de autorización previa está diseñado para ayudar a garantizar que usted y sus dependientes reciban la atención adecuada en el entorno adecuado. Esto ayuda a asegurar que no reciba atención médica innecesaria y le ayuda a manejar afecciones médicas complejas o de largo plazo. El programa de autorización previa incluye la autorización previa obligatoria de ciertos tipos de atención para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica y un programa voluntario de administración de casos.

Medical Rehabilitation Consultants trabajan con usted para ayudarle a encontrar un proveedor, comprender su plan de tratamiento y coordinar su atención médica y el flujo de información entre sus proveedores.

Para obtener autorización previa, llame gratis a:

Medical Rehabilitation Consultants (800) 827-5058

El programa de autorización previa no pretende ser ni es un asesoramiento médico. Usted aún es responsable de tomar cualquier decisión sobre asuntos médicos, incluso si debe seguir o no las sugerencias o el plan de tratamiento de su Proveedor de atención médica. UNITE HERE HEALTH no es responsable de las consecuencias derivadas de las decisiones que usted o su proveedor tomen en función del programa de autorización previa o la determinación del Plan sobre los beneficios que pagará.

Obtenga autorización previa para tratamiento médico o quirúrgico

Usted y su proveedor de atención médica deben obtener una autorización previa antes de recibir cualquiera de los tipos de atención que se enumeran a continuación. Si su proveedor de atención médica no obtiene autorización previa antes de que reciba este tipo de atención, su reclamo puede ser denegado. Medical Rehabilitation Consultants solicitarán más información para decidir si el reclamo debe volver a procesarse y pagarse. Asegurarse de que primero se llame a Medical Rehabilitation Consultants ayuda a evitar facturas médicas sorpresa. Si usted recibe tratamiento, servicios o suministros que no están cubiertos o que no son médicamente necesarios, usted paga el 100% de su atención.

Para obtener autorización previa, llame gratis a:

Medical Rehabilitation Consultants (800) 827-5058

✓ La autorización previa o las referencias proporcionadas bajo el programa de autorización previa no garantizan la elegibilidad para los beneficios. El pago de los beneficios del Plan está sujeto a todas las reglas del Plan, incluidos, entre otros, Elegibilidad, costo compartido y exclusiones.

Cuándo debe llamar para autorización previa

Usted o su proveedor de atención médica deben comunicarse con Medical Rehabilitation Consultants antes de cualquiera de los siguientes:

- Adenoidectomía-extirpación quirúrgica de las adenoides;
- Liberación del túnel carpiano-cirugía para liberar presión sobre el nervio mediano en la muñeca:
- Hemorroidectomía-extirpación quirúrgica de hemorroides;
- Artroscopia de rodilla (diagnóstico y reparación)-examen del interior de la rodilla con una pequeña cámara (artroscopio);
- Laparoscopia pélvica-examen de órganos femeninos por un endoscopio;
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad;
- Amigdalectomía Adenoidectomía-extirpación quirúrgica de las amígdalas y las adenoides;
- Amigdalectomía-extirpación quirúrgica de las amígdalas;
- Inserción del tubo de timpanostomía-Cirugía para colocar tubos de drenaje en el oído; o
- Endoscopia gastrointestinal superior-examen del esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado mediante la inserción de un pequeño tubo (cámara con luz) en la garganta;
- Cirugía ambulatoria;
- Hospitalizaciones;
- Servicios para pacientes hospitalizados para servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias;
- Servicios de rehabilitación:
- Ensayos clínicos;
- Servicios paliativos (hospicio).

Debe comunicarse con Medical Rehabilitation Consultants por lo menos 7 días antes de recibir cualquiera de los tipos de servicios y suministros anteriores. Si necesita atención de emergencia, debe comunicarse con Medical Rehabilitation Consultants lo antes posible después de recibir el servicio o suministro. Si está hospitalizada porque está teniendo un bebé, debe llamar a Medical Rehabilitation Consultants si su estadía será superior a 48 horas para un parto normal, o 96 horas para una cesárea.

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, de acuerdo con la ley federal, restringir los beneficios de cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o un recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96

Autorización previa

horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

No necesita autorización previa para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un proveedor de atención médica de la red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede exigir al proveedor de atención médica que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o procedimientos para dar referencias. Para obtener ayuda para encontrar proveedores de atención médica especializados en obstetricia y ginecología, comuníquese con el Fondo al **844-427-8501**.

Consulte la página E-6 para obtener información sobre cuándo Medical Rehabilitation Consultants deben responder a su solicitud de autorización previa y sobre cómo apelar una denegación de autorización previa.

Administración de casos (Case management)

Usted y sus dependientes cubiertos pueden ser elegibles para el programa de administración de casos (case management) si tiene una condición médica crónica o catastrófica, o si su condición tiene un alto costo esperado. Por ejemplo, la administración de casos puede aplicarse al cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), lesión de la columna vertebral, traumatismo múltiple, accidente cerebrovascular, lesión en la cabeza, SIDA, esclerosis múltiple (MS), quemaduras graves, trastornos psiquiátricos graves, embarazo de alto riesgo o nacimiento prematuro.

Si es seleccionado para el programa de administración de casos, un administrador de casos trabajará con usted y sus proveedores de atención médica para crear un plan de tratamiento y ayudarlo a administrar su atención. El objetivo de la administración de casos es asegurarse de que se satisfagan sus necesidades de atención médica mientras le ayuda a trabajar para lograr el mejor resultado de salud posible y administrar el costo de su atención.

El administrador de casos puede recomendar tratamientos, servicios o suministros que sean médicamente apropiados pero que sean más rentables que el tratamiento propuesto por su proveedor de atención médica UNITE HERE HEALTH, a su discreción y bajo su única autoridad, puede aprobar la cobertura de esas alternativas, incluso si el tratamiento, el servicio o el suministro normalmente no estuvieran cubiertos.

Sin embargo, en todos los casos, usted y su proveedor de atención médica toman todas las decisiones de tratamiento.

Es posible que se le requiera utilizar el programa de administración de casos (case management program) para obtener beneficios por trasplantes o costos de viaje y alojamiento. De lo contrario, usted decide si desea unirse al programa de administración de casos y si debe seguir o no las recomendaciones del programa.

C-4

Beneficios médicos Gold

Conozca:

- > Lo que usted paga por la atención médica.
- ➤ Cómo los límites de gastos fuera de su bolsillo lo protegen de los grandes gastos fuera de su bolsillo.
- > Qué tipos de atención médica cubre el Plan.
- Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

Beneficios médicos del Gold Plan

En general, lo que paga por la atención médica se basa en el tipo de atención que recibe, dónde obtiene su atención y si acude a un proveedor de Coalition/PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage o un proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en el Municipio de Anchorage. Por ejemplo, paga menos usando un centro de atención de urgencias en lugar de ir a la sala de emergencias. El deducible anual se aplica a los servicios enumerados a continuación, a menos que se indique que no se aplica.

A menos que se indique lo contrario, esta tabla muestra lo que paga por su atención (llamado "costo compartido"). Usted paga cualquier copago, su parte del coseguro, cualquier monto sobre un beneficio máximo y cualquier gasto que no esté cubierto, incluidos los cargos que superan el cargo permitido.

Deducible anual y límites de gastos fuera de su bolsillo por atención médica			
Deducibles anuales: Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage (aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)	\$250 persona \$500 familia		
Deducibles anuales: Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en el municipio de Anchorage (aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)		ersona familia	
Límites médicos de gastos fuera de su bolsillo para un proveedor Coalition/PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage	\$3,000 persona \$6,000 familia		
Límites médicos de gastos fuera de su bolsillo para proveedores que no pertenecen a PPO (No-Coalition) en el municipio de Anchorage	\$8,750 persona \$16,500 familia		
	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*	
Visitas al consultorio			
Atención médica preventiva (consulte la página K-17)	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)	

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*	
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	20% Coseguro	20% Coseguro	
Visitas de telesalud	Sin cargo	No tiene cobertura	
Visitas al consultorio del especialista	20% Coseguro	20% Coseguro	
Visitas al consultorio por salud mental/abuso de sustancias	20% Coseguro	20% Coseguro	
Servicios quiroprácticos (1 visita/día)	20% Coseguro	20% Coseguro	
Consulta rutinaria con el podólogo	20% Coseguro	20% Coseguro	
Podiatría no rutinaria	20% Coseguro	20% Coseguro	
Inyecciones para alergias en un consultorio	20% Coseguro	20% Coseguro	
Coalition Health Center			
Visita al consultorio y servicio preventivo	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)	
Servicios de emerger	cia y atención de urgencias		
Centro de atención de urgencias	20% Coseguro	20% Coseguro	
Sala de emergencias en un hospital			
Atención de emergencia brindada en una sala de emergencias (ER)	\$100 de copago más 20% de coseguro; no se cobra copago si es admitido	\$100 de copago más 20% de coseguro; no se cobra copago si es admitido	
Atención de rutina brindada en una sala de emergencias (ER)	\$100 Copago más 20% Coseguro	\$100 Copago más 20% Coseguro	
Servicios profesionales de ambulancia terrestre	20% Coseguro	20% Coseguro	
Servicios profesionales de ambulancia aérea	20% Coseguro	20% Coseguro	

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Servicio	s ambulatorios	
Servicios de laboratorio	20% Coseguro	No hospitalario - 20% coseguro
		Hospitalario - 30% coseguro
Radiología (radiografía, ultrasonido,	200/ Conserve	No hospitalario - 20% coseguro
monitoreo fetal)	20% Coseguro	Hospitalario - 30% coseguro
Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET) y	20% Coseguro	No hospitalario - 20% coseguro
pruebas de imágenes cardíacas		Hospitalario - 30% coseguro
Cirugía ambulatoria		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	20% Coseguro	30% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage
Departamento de pacientes ambulatorios del hospital	20% Coseguro	30% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	20% Coseguro	30% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No- Coalition) en Anchorage*		
Terapia de radiación	20% Coseguro	20% Coseguro		
Diálisis	20% Coseguro	20% Coseguro		
Quimioterapia o medicamento por infusión	20% Coseguro	20% Coseguro		
Tratamient	os con hospitalización			
Hospitalización del paciente No se cobra copago después de 4 o más estadías/ persona/ año calendario	\$350 Copago más 20% Coseguro	\$350 Copago más 30% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a Non-PPO en el municipio de Anchorage		
Centro de enfermería especializada: hasta 100 días por internación	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)		
Bienesta	Bienestar y atención menor			
Visita de Bienestar y atención menor (el copago aplica al límite de gastos fuera de su bolsillo de su Plan médico)	\$20 copago	No tiene cobertura		
Otros servicios y suministros				
Educación sobre diabetes	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)		
Educación nutricional	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)		
Hospitalización parcial, paciente intensivo ambulatorio o tratamiento de desintoxicación ambulatoria	20% Coseguro	20% Coseguro		
Servicios de atención médica en el hogar - 100 visitas/año	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)		
Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable	20% Coseguro	20% Coseguro		

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Cuidados paliativos (hospicio) con hospitalización: limitado a 30 días	20% Coseguro	20% Coseguro
Ortopedia (que no sea ortopedia podiátrica)	20% Coseguro	20% Coseguro
Alimentos médicos	20% Coseguro	20% Coseguro
Transporte y alojamiento para ciertas afecciones médicas graves	El Plan paga el 100% hasta un máximo anual de \$3,500	
Todos los otros tipos de atención médica	20% Coseguro	20% Coseguro

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

Cuando se utiliza un centro que no pertenece a PPO dentro del municipio de Anchorage, el monto permitido para los servicios de pacientes hospitalizados es basado en la tarifa contratada de PPO Coalition. Para la fisioterapia (servicios ambulatorios), el monto permitido será igual al 50% de los cargos facturados. Esto significa que usted será responsable de la diferencia en el monto permitido y el monto total que el proveedor facturó por el servicio. *Consulte la página D-8* para ver un ejemplo de los beneficios de usar un proveedor PPO.

Comienzo de la acción legal.

Ni usted, ni su beneficiario ni ningún otro reclamante pueden iniciar una demanda contra el Plan (o sus Fideicomisarios, proveedores o personal) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Los procedimientos internos de apelación no incluyen su derecho a una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente ("IRO" por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act).

Si finaliza todas las apelaciones internas y decide presentar una demanda contra el Plan, dicha demanda debe iniciarse no más de 12 meses después de la fecha de la carta de rechazo de la apelación. Si no inicia su demanda dentro de este plazo de 12 meses, perderá de manera permanente e irrevocable su derecho a impugnar la denegación en la corte o de cualquier otra manera o foro. Esta regla de 12 meses se aplica a usted y a sus beneficiarios y a cualquier otra persona o entidad que presente un reclamo en su nombre.

Proveedores PPO

Los beneficios se pagan basado en si utiliza un proveedor PPO o un proveedor que no pertenece a PPO (No-PPO). Su Plan le permite ir al médico que usted desee. Si va a un proveedor PPO dentro de su red MultiPlan PPO, ahorrará dinero. La red MultiPlan PPO que debe usar se basa en qué estado necesita recibir atención. Si acude a un proveedor No-PPO (un proveedor que no está en su red), puede costarle más.

A continuación se muestran las redes MultiPlan PPO para usar por estado:

Si busca proveedores en:	Su red de MultiPlan PPO es:	
Alaska	Beech Street	
Idaho, Montana, Washington	First Choice Health Network	
Todos los demás estados	PHCS Network	

Para encontrar un proveedor PPO en la red Multiplan PPO:

- 1. Visite www.multiplan.com
- 2. Haga clic en "Buscar un proveedor" en la esquina superior derecha de la página
- 3. Haga clic en "Seleccionar una red"
 - a. Elija "Beech Street" si necesita un proveedor en Alaska
 - b. Elija "First Choice Health Network" si necesita un proveedor en Idaho, Montana o Washington
 - c. Elija "PHCS" si necesita un proveedor en cualquier otro estado

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor PPO, llame al:

MultiPlan

888-636-7427

UNITE HERE HEALTH

844-427-8501

Si usted está en el municipio de Anchorage, debe ir a un proveedor PPO Coalition para cualquiera de los servicios enumerados a continuación para que los beneficios se paguen a nivel PPO (consulte la página A-10 para obtener una lista de los proveedores Coalition PPO):

0

- Servicios hospitalarios
- Terapia física
- Terapia de manos

Si obtiene estos servicios en Anchorage de un proveedor que no es un proveedor Coalition, usted paga más.

Beneficios médicos Gold

El cuadro a continuación es un ejemplo de reclamo médico que muestra cómo al usar un proveedor PPO generalmente le ahorra dinero. Puede ver cómo permanecer dentro de la red significa menos dinero fuera de su bolsillo.

Consulte la página A-10 para obtener más información sobre cómo permanecer en la red puede ayudarlo a ahorrar tiempo y dinero.

Ejemplo de reclamo – cirugía ambulatoria en un hospital			
	Coalition/ PPO	No-PPO fuera de Anchorage	Proveedor que no pertenece a PPO (No- Coalition) en Anchorage
A. Cargo total	\$10,000	\$10,000	\$10,000
B. Descuento de la red	-\$5,000	\$0	\$0
C. Cargo permitido del Plan (Consulte la página K-10)	\$5,000	\$4,500	\$5,000
	Lo que usted pa	ıga	
D. Cantidad sobre el cargo permitido	\$0 (A menos B menos C)	\$5,500 (A menos B menos C)	\$5,000 (A menos B menos C)
E. Deducible (individual)	\$250	\$250	\$500
F. Su parte del coseguro del costo	\$950 (20%)	\$1,050 (20%)	\$1,350 (30%)
Su pago total	\$1,200	\$6,800	\$6,850

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido, como los copagos y el coseguro por su parte de los gastos cubiertos. También debe pagar los gastos que no se consideran gastos cubiertos (*consulte la página D-15* para obtener información sobre los gastos excluidos), incluyendo los montos sobre el Cargo permitido, o los cargos una vez que se haya alcanzado un beneficio o limitación máxima.

Consulte la página D-2 para un resumen de su costo compartido.

Coseguro

El coseguro cubre su parte de la atención médica que recibe en el momento del servicio. Por ejemplo, usted paga su coseguro por toda la atención médica que recibe durante la visita al consultorio. Pagará un copago y coseguro en la sala de emergencias por toda la atención de emergencia recibida durante la visita a la sala de emergencias (ER).

Consulte la página K-11 para obtener más información sobre qué es un coseguro.

Deducible

Hay un deducible que se aplica a los gastos cubiertos de PPO y un deducible separado que se aplica a los gastos de No-PPO. Solo tiene que pagar el deducible una vez cada año. Una vez que haya pagado su deducible (a veces llamado "satisfacer su deducible"), no tiene que hacer más pagos hacia su deducible por el resto de ese año. La misma regla se aplica si dos o más miembros de su familia satisfacen el Deducible familiar. Una vez que su deducible familiar ha sido satisfecho, nadie más en su familia tiene que pagar deducibles por servicios cubiertos por el resto de ese año.

Su deducible PPO individual de \$250 y familiar de \$500 aplican a todos los servicios en los que se aplican los deducibles PPO, a menos que se indique lo contrario. Los montos que paga por medicamentos recetados o atención dental no se aplicarán a los deducibles del plan médico. Se aplica un deducible separado a los beneficios dentales (consulte las secciones de beneficios dentales).

Consulte la página K-12 para más información sobre qué es un deducible

Copago

Además del deducible por año calendario, también tendrá un copago si se utilizan los siguientes servicios:

- Admisión hospitalaria: Copago de \$350 por admisión; no se cobra después de cuatro o más estadías por persona por año calendario.
- Visita a la sala de emergencias: Copago de \$100 por visita; no se cobra si lo admiten directamente al hospital.

Consulte la página K-11 para obtener más información sobre qué es un copago.

Límite de gastos fuera de su bolsillo para servicios y suministros de PPO

Su costo compartido de gastos fuera de su bolsillo para la mayoría de gastos médicos cubiertos por PPO está limitado a \$3,000 por persona (\$6,000 por familia) cada año. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumplan con estos límites, el Plan generalmente pagará el 100% de sus gastos médicos cubiertos por PPO (o los de su familia) durante el resto de ese año. Únicamente su costo compartido de gastos fuera de su bolsillo por atención médica aplica a su límite de gastos fuera de su bolsillo de \$3,000 (límite de \$6,000 para su familia). Los montos que paga fuera de su bolsillo por medicamentos con receta o atención dental no se aplicarán a los límites de gastos fuera de su bolsillo de \$3,000 o \$6,000. Se aplica un límite de gastos fuera de su bolsillo por separado a los beneficios de medicamentos recetados (consulte la página D-55) y a los gastos médicos cubiertos por No-PPO.

D-9

Consulte la página *K-17* para obtener más información sobre qué es un límite de gastos fuera de su bolsillo.

Beneficios cubiertos

Qué está cubierto

El Plan solo pagará beneficios por lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con su trabajo. Los beneficios se determinan en función de los cargos permitidos por los servicios cubiertos que resultan de la atención y el tratamiento médicamente necesarios prescritos o proporcionados por un proveedor de atención médica.

- Servicios de instalaciones quirúrgicas ambulatorias, incluyendo suministros generales, anestesia, medicamentos y salas de operaciones y recuperación. Si le han realizado múltiples cirugías, los gastos cubiertos se limitan a los cargos por la cirugía primaria. Sin embargo, los servicios profesionales para procedimientos quirúrgicos que normalmente se realizarían en el consultorio de un proveedor no están cubiertos.
- Anestesia y su administración.
- Extremidades y ojos artificiales.
- Beneficios de los Centros de Maternidad solo para empleadas y cónyuges dependientes. Si
 usted o su cónyuge dependiente usa un centro de maternidad en lugar de un hospital para
 el parto y recibe servicios y suministros que estarían cubiertos por el Plan como gastos del
 hospital, entonces el plan pagará los beneficios de la misma manera que para cualquier otra
 enfermedad.
- Sangre y plasma sanguíneo y su administración.
- Servicios de quimioterapia e infusión.
- Atención quiropráctica hasta un total de 1 visita por día.
- Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable y suministros para todos los dispositivos o artículos no desechables recetados por un proveedor de atención médica, como sillas de ruedas, camas tipo hospital, respiradores y sistemas de soporte asociados, bombas de infusión, equipos de diálisis en el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción en el hogar y otros equipos médicos similares o dispositivos, incluidos los suministros para DME (por sus siglas en inglés).
 - ➤ Las tarifas de alquiler están cubiertas si el DME solo se puede alquilar, y el precio de compra está cubierto si el DME solo se puede comprar.
 - ➤ Sin embargo, si el DME se puede alquilar o comprar, y si las tarifas de alquiler para el curso del tratamiento probablemente sean superiores al precio de compra del equipo, los beneficios pueden limitarse al precio de compra del equipo.
 - ➤ Si el DME es comprado, los gastos subsiguientes para reparación o mantenimiento también son gastos con cobertura.
- Solo para empleados y cónyuges, embarazo y afecciones relacionadas con el embarazo, incluidos el parto, el aborto espontáneo o el aborto. Sin embargo, la atención médica preventiva de rutina para el embarazo de una hija dependiente también se considerará un gasto cubierto.

La atención no preventiva para el embarazo de una hija dependiente, incluyendo, entre otros, los ultrasonidos, los cargos asociados con un embarazo de alto riesgo, abortos y los cargos de maternidad y parto no estarán cubiertos.

- Servicios de Atención a la salud en el hogar, limitado a un total de 100 visitas por persona cada año para servicios PPO y No-PPO combinados. Los servicios generales de limpieza o cuidado de custodia no están cubiertos.
- Servicios **Paliativos** (hospicio) y suministros para una persona con enfermedad terminal (expectativa de vida de menos de 6 meses). Los servicios deben estar autorizados por un proveedor de atención médica.
- Cargos hospitalarios por alojamiento y comida y otros servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Reducción de la mandíbula, abierta o cerrada, para una mandíbula fracturada o dislocada.
- Servicios de diálisis renal.
- Mastectomías, incluyendo la reconstrucción del seno donde se realiza la mastectomía, el tratamiento quirúrgico del otro seno para producir una apariencia simétrica, los implantes mamarios y el tratamiento de complicaciones físicas resultantes de una mastectomía, incluidas las glándulas linfáticas inflamadas.
- Alimentos médicos si tiene un error congénito del metabolismo (IEM por sus siglas en inglés). Debe obtener una autorización previa para sus costos de alimentos médicos antes de que el Plan le reembolse el dinero. Para ser reembolsado, el alimento médico debe ser: (1) ordenado y utilizado bajo la supervisión de un proveedor de atención médica; (2) la fuente principal de su nutrición; y (3) etiquetado y utilizado para el manejo dietético de su IEM.
- Los servicios médicos para trasplantes de órganos están cubiertos para los siguientes procedimientos: trasplantes de riñón, corazón, pulmón, corazón/pulmón, hígado, páncreas, riñón/páncreas, médula ósea/células madre periféricas y córnea. Los beneficios del receptor de trasplante cubierto incluyen:
 - ➤ El uso de equipos mecánicos temporales, en espera de la adquisición de órganos humanos "compatibles";
 - > Trasplantes múltiples durante una sesión de operación;
 - Reemplazos o trasplantes posteriores; y
 - ➤ Gastos de seguimiento por servicios cubiertos (incluyendo la terapia inmunosupresora).

Cuando el receptor del trasplante está cubierto por este Plan, los gastos de los donantes cubiertos se pagan hasta \$5,000. Beneficios para el donante de trasplante cubierto incluye:

- ➤ Pruebas para identificar los donantes adecuados;
- ➤ El gasto por la adquisición de órganos de un donante;
- ➤ El gasto del soporte vital de un donante hasta que se retiren los órganos utilizables;

Beneficios médicos Gold

- Transporte para un donante vivo según lo prestado para servicios de ambulancia bajo gastos médicos cubiertos; y
- ➤ Transporte de órganos o un donante en soporte vital.

El Plan no pagará lo siguiente:

- Cualquier gasto cuando remedios alternativos aprobados estén disponibles según lo determine el Fondo;
- Cualquier órgano animal o equipo mecánico, dispositivo u órganos, excepto lo dispuesto anteriormente;
- ➤ Cualquier compensación financiera para el donante que no sea un gasto cubierto en el que se incurra en el desempeño o en relación con la cirugía de trasplante
- Trasplantes de órganos corporales, excepto lo dispuesto anteriormente; y
- ➤ Todo lo excluido en virtud de las Exclusiones y Limitaciones Generales.
- Servicios profesionales para la **educación sobre la diabetes** y capacitación para el cuidado, monitoreo o tratamiento de la diabetes.
- Servicios profesionales de asesoramiento nutricional.
- Cargos de enfermería por servicios de enfermería de servicio general o privado realizados por una enfermera graduada registrada (RN) o una enfermera práctica con licencia (LPN), y otros servicios especializados realizados por una enfermera anestesista certificada registrada (CRNA), una enfermera practicante (NP), una enfermera clínica especializada (CNS), y enfermera partera certificada.
- Servicios de podiatría quirúrgica no rutinaria. Si se realiza más de una cirugía durante la misma operación, los gastos cubiertos se limitan al cargo permitido para el procedimiento principal
 - ➤ Atención podiátrica no rutinaria, excluyendo radiografías. La ortopedia podiátrica no está cubierta.
 - ➤ Las visitas al consultorio podiátrico no rutinarias se consideran una visita especializada.
- Servicios ambulatorios en una clínica o centro de atención de urgencias o centro independiente.
- Servicios de rehabilitación ambulatoria para fisioterapia y terapia ocupacional.
- Servicios de **terapia del habla** para pacientes ambulatorios
 - ➤ Para los adultos, solo se cubre la terapia del habla para restaurar la pérdida del habla como resultado de una lesión o enfermedad.
 - ➤ Para hijos dependientes, la terapia del habla solo está cubierta para:
 - Detectar y tratar trastornos generalizados del desarrollo, tales como el autismo y el síndrome de Asperger.

- Restaurar o mejorar el habla para el habla-lenguaje y los trastornos del retraso del desarrollo causados por una enfermedad no crónica, trauma intrauterino, pérdida de audición, dificultad para tragar o lesión o enfermedad aguda.
- Tratamiento de retraso en el habla asociado con una enfermedad, lesión o defecto congénito, por ejemplo, paladar y labio leporino.
- Oxígeno y alquiler de equipo para su administración.
- La cobertura del tratamiento con fenilcetonuria (PKU) incluye fórmulas médicamente necesarias para usted o sus dependientes. El Plan pagará los gastos de la misma manera y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.
- Servicios de salud preventiva (*Consulte la página K-17*). Los siguientes límites se aplican a tipos específicos de atención preventiva (se pueden aplicar otros límites a otros tipos de atención preventiva según su sexo, edad y estado de salud):
 - > Examen de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicolaou) una vez cada 36 meses solo para la prueba de Papanicolaou, o una vez cada 60 meses si tanto la prueba de Papanicolaou como la detección del virus del papiloma humano se realizan juntas.
 - ➤ Las mamografías de rutina para mujeres están cubiertas cada 1-2 años si tiene entre 35 y 74 años. Las mamografías de rutina para mujeres menores de 35 años o mayores de 75 años pueden estar cubiertas si tiene un alto riesgo de cáncer de seno.
 - Las pruebas de PSA para hombres están cubiertas todos los años si tiene entre 40 y 69 años.
- Servicio profesional médico y quirúrgico de un proveedor de atención médica. Se aplican las siguientes reglas:
 - ➤ Si se realiza más de una cirugía o procedimiento a través de la misma incisión o cavidad corporal natural durante la misma operación, los gastos cubiertos se limitan al cargo permitido para la cirugía o procedimiento mayor.
 - ➤ Los gastos cubiertos no incluyen procedimientos incidentales realizados a través de la misma incisión durante una cirugía.
- Terapia de radiación.
- La reparación de dientes naturales sanos y sus estructuras de soporte, si los gastos cubiertos son el resultado de una lesión, el tratamiento debe recibirse mientras esté cubierto por el Plan. Es posible que tenga cobertura dental adicional bajo sus beneficios dentales—si corresponde, consulte la sección de beneficios dentales.
- Cuidado de rutina de los pies (podiatría de rutina).
- Atención en un centro de enfermería especializada, limitada a un total de 100 días por internación cada año para la atención combinada PPO y No-PPO. Se deben cumplir todas las siguientes reglas:

Beneficios médicos Gold

- ➤ La persona debe estar bajo el cuidado de un proveedor de atención médica durante la internación.
- ➤ La persona debe ser internada como paciente de cama regular.

Los beneficios de los centros de atención de enfermería especializada se restablecerán cada nuevo período de internación. Un nuevo período de internación comienza al menos 60 días después de la última internación en un centro de atención de enfermería especializada y satisface las condiciones descritas anteriormente.

- Procedimientos de esterilización para empleados y cónyuges, e hijas mujeres dependientes.
- **Servicios de una enfermera quirúrgica** (una enfermera que trabaja con un cirujano para brindar servicios de enfermería especializados antes, durante y después de la cirugía).
- **Suministros quirúrgicos y vendajes**, incluyendo yesos, férulas, prótesis, aparatos ortopédicos, bastones, muletas y bragueros.
- El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida está cubierto hasta un máximo de por vida de \$50,000. Póngase en contacto con el Fondo para conocer los criterios necesarios para este beneficio. Debido a que el costo de la cirugía varía ampliamente, le recomendamos que consulte el costo total del procedimiento por adelantado.
- Transporte proporcionado por un **servicio de ambulancia profesional** al área de instalaciones médicas que está equipada para proporcionar el tratamiento requerido. Esto incluye por medio de ambulancia profesional, ferrocarril o aerolínea comercial en un vuelo programado regularmente. Si usted no tiene control sobre el tipo de ambulancia que se solicita, por ejemplo, cuando la ambulancia es solicitada por un profesional de la salud, un empleador, la policía, la escuela, etc. esta ambulancia se considerará médicamente necesaria. Comuníquese con el Fondo (*consulte la página A-4*) si no tiene control sobre el tipo de ambulancia que está siendo solicitada. Si el transporte es médicamente necesario, el plan cubre ambulancia aérea con licencia y/o transporte aéreo de ida y vuelta en clase turista o transporte terrestre para el paciente dentro de Alaska, o desde Alaska a Seattle, Washington. Si el paciente es un niño o un adulto discapacitado, el Plan también cubre el transporte aéreo para que un adulto acompañe al paciente. Debe proporcionar pruebas de su médico de que el transporte aéreo es necesario porque el tratamiento no está disponible en su localidad o en otro lugar del estado de Alaska. El Plan no pagará por adelantado para el transporte aéreo.
- Tratamiento de **afecciones de salud mental y abuso de sustancias**, incluyendo la atención hospitalaria y residencial, la atención ambulatoria, la hospitalización parcial, la atención ambulatoria intensiva y la desintoxicación ambulatoria.
- Tratamiento de **tumores**, **quistes** y **lesiones** no considerados como procedimiento dental.
- Tratamiento de trastornos de la **articulación temporomandibular (TMJ por sus siglas en inglés)**, trastornos craneofaciales o trastornos ortognáticos.
- Radiografías y análisis de laboratorio, incluyendo radiografías y análisis de laboratorio para quiropráctica y atención de podiatría no rutinaria.

Lo que no está cubierto

Consulte la página I-2 para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Además de esa lista, el Plan no pagará beneficios por, o en conexión con, los siguientes tratamientos, servicios y suministros:

- Acupuntura. Excepto cuando se usa como agente anestésico para cirugía cubierta.
- Tarifas de instalaciones quirúrgicas ambulatorias para procedimientos que normalmente se realizan en el consultorio de un proveedor.
- Cualquier tratamiento dental de los dientes o sus estructuras de soporte, que no sean los servicios cubiertos por el beneficio dental, a menos que se especifique lo contrario como un gasto cubierto
- Cualquier procedimiento electivo, excepto la esterilización o el aborto, que no sea para tratar una lesión o enfermedad corporal. Los Fideicomisarios tienen el derecho exclusivo y la discreción de decidir si un procedimiento es electivo.
- Cualquier servicio o suministro para o en relación con el tratamiento de dientes, naturales o de otro tipo, y estructuras de soporte. Sin embargo, los cargos realizados por un hospital u otro centro por procedimientos dentales cubiertos bajo las disposiciones de beneficios dentales, si corresponde (consulte las secciones de beneficios dentales), estarán cubiertos si el procedimiento requiere que el paciente sea tratado en un entorno institucional para recibir la atención de forma segura. Por ejemplo, si padece una afección médica o de comportamiento, como autismo o Alzheimer, que limita severamente su capacidad de cooperar con el dentista que brinda la atención, los cargos realizados por un hospital u otra institución se considerarán un gasto cubierto. Los beneficios para otros tipos de atención dental pueden estar cubiertos por el beneficio dental como se describe en la sección dental, si corresponde.
- Exámenes de la vista o de la audición, excepto según se indique específicamente como cubierto, o a menos que el examen sea para el diagnóstico o tratamiento de una lesión corporal accidental o una enfermedad.
- Cargos hospitalarios por artículos de comodidad personal, que incluyen, entre otros, teléfonos, televisores, cosméticos, bandejas para invitados, revistas y camas o cunas para familiares u otros invitados.
- Medicamentos con receta médica y medicinas, distintos de los utilizados donde se dispensan.
 Los medicamentos recetados pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta que se muestra en la página D-55.
- Cuidados de enfermera privada.
- Servicios o suministros proporcionados por un proveedor que no es PPO si los beneficios solo se pagan por dichos servicios o suministros cuando se utiliza un proveedor PPO.
- Cirugía para modificar las relaciones de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos de osteoplastia y genioplastia. Sin embargo, las operaciones de tipo Le Fort están cubiertas principalmente para reparar defectos congénitos de la boca, afecciones de parte media de la cara (sobre o bajo desarrollo de rasgos faciales) o daños causados por lesiones accidentales.

Beneficios médicos Silver

Conozca:

- > Lo que usted paga por la atención médica.
- > Cómo los límites de gastos fuera de su bolsillo dentro de la red le protegen de los grandes gastos de desembolso fuera de su bolsillo.
- Qué tipos de atención médica cubre el Plan.
- > Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

Beneficios médicos del Silver Plan

En general, lo que paga por la atención médica se basa en el tipo de atención que recibe, dónde obtiene su atención y si acude a un proveedor de Coalition/PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage o un proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en el Municipio de Anchorage. Por ejemplo, paga menos usando un centro de atención de urgencias en lugar de ir a la sala de emergencias. El deducible anual se aplica a los servicios enumerados a continuación, a menos que se indique que no se aplica.

A menos que se indique lo contrario, esta sección muestra lo que usted paga por su atención (llamada "costo compartido"). Usted paga cualquier copago, deducibles, su parte del coseguro, cualquier monto sobre un beneficio máximo y cualquier gasto que no esté cubierto, incluidos los cargos que superan el cargo permitido.

Deducible anual y límites de gastos fuera de su bolsillo por atención médica			
Deducibles anuales: Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage (aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)	\$500 persona \$1,000 familia		
Deducibles anuales: Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en el municipio de Anchorage (aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)	\$1,000 persona \$2,000 familia		
Límites médicos de gastos fuera de su bolsillo para un proveedor Coalition/PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage	\$3,500 persona \$7,000 familia		
Límites médicos de gastos fuera de su bolsillo para proveedores que no pertenecen a PPO (No- Coalition) en el municipio de Anchorage	\$10,000 persona \$20,000 familia		
	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*	
Visitas al consultorio			
Atención médica preventiva (consulte la página K-17)	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)	

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*	
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	30% Coseguro	30% Coseguro	
Visitas de telesalud	Sin cargo	No tiene cobertura	
Visitas al consultorio del especialista	30% Coseguro	30% Coseguro	
Visitas al consultorio por salud mental/abuso de sustancias	30% Coseguro	30% Coseguro	
Servicios quiroprácticos (1 visita/día)	30% Coseguro	30% Coseguro	
Consulta rutinaria con el podólogo	30% Coseguro	30% Coseguro	
Podiatría no rutinaria	30% Coseguro	30% Coseguro	
Inyecciones para alergias en un consultorio	30% Coseguro	30% Coseguro	
Coalition Health Center			
Servicios de consultorio y preventivos	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)	
Servicios de emerger	cia y atención de urgencias		
Centro de atención de urgencias	30% Coseguro	30% Coseguro	
Sala de emergencias en un hospital			
Atención de emergencia brindada en una sala de emergencias (ER)	\$100 de copago más 30% de coseguro; no se cobra copago si es admitido	\$100 de copago más 30% de coseguro; no se cobra copago si es admitido	
Atención de rutina brindada en una sala de emergencias (ER)	\$100 Copago más 30% Coseguro	\$100 Copago más 30% Coseguro	
Servicios profesionales de ambulancia terrestre	30% Coseguro	30% Coseguro	
Servicios profesionales de ambulancia aérea	30% Coseguro	30% Coseguro	

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Servicio	s ambulatorios	
Servicios de laboratorio	30% Coseguro	No hospitalario - 30% coseguro
Servicios de laboratorio	30% Coseguio	Hospitalario - 40% coseguro
Radiología (radiografía, ultrasonido,	30% Coseguro	No hospitalario - 30% coseguro
monitoreo fetal)	30% Coseguio	Hospitalario - 40% coseguro
Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET) y	30% Coseguro	No hospitalario - 30% coseguro
pruebas de imágenes cardíacas		Hospitalario - 40% coseguro
Cirugía ambulatoria		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	30% Coseguro	40% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage
Departamento de pacientes ambulatorios del hospital	30% Coseguro	40% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	30% Coseguro	40% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Terapia de radiación	30% Coseguro	30% Coseguro
Diálisis	30% Coseguro	30% Coseguro
Quimioterapia o medicamento por infusión	30% Coseguro	30% Coseguro
Tratamientos	con hospitalización	
Hospitalización del paciente No se cobra copago después de 4 o más estadías/ persona/ año calendario	\$350 Copago más 30% Coseguro	\$350 Copago más 40% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a Non-PPO en el municipio de Anchorage
Centro de enfermería especializada: hasta 100 días por internación	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Bienestar y	atención menor	
Visita de Bienestar y atención menor (el copago aplica al límite de gastos fuera de su bolsillo de su Plan médico)	\$20 copago	No se cubre
Otros servio	cios y suministros	
Educación sobre diabetes	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Educación nutricional	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Hospitalización parcial, paciente intensivo ambulatorio o tratamiento de desintoxicación ambulatoria	30% Coseguro	30% Coseguro
Servicios de atención médica en el hogar - 100 visitas/año	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable	30% Coseguro	30% Coseguro

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Cuidados paliativos (hospicio) con hospitalización: limitado a 30 días	30% Coseguro	30% Coseguro
Ortopedia (que no sea ortopedia podiátrica)	30% Coseguro	30% Coseguro
Alimentos médicos	30% Coseguro	30% Coseguro
Transporte y alojamiento para ciertas afecciones médicas graves	El Plan paga el 100% hasta un máximo anual de \$3,500	
Todos los otros tipos de atención médica	30% Coseguro	30% Coseguro

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

Cuando se utiliza un centro que no pertenece a PPO dentro del municipio de Anchorage, el monto permitido para los servicios de pacientes hospitalizados es basado en la tarifa contratada de PPO Coalition. Para la fisioterapia (servicios ambulatorios), el monto permitido será igual al 50% de los cargos facturados. Esto significa que usted será responsable de la diferencia en el monto permitido y el monto total que el proveedor facturó por el servicio. *Consulte la página D-24* para ver un ejemplo de los beneficios de usar un proveedor PPO.

Inicio de acciones legales

Ni usted, ni su beneficiario ni ningún otro reclamante pueden iniciar una demanda contra el Plan (o sus Fideicomisarios, proveedores o personal) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Los procedimientos internos de apelación no incluyen su derecho a una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente ("IRO" por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act).

Si finaliza todas las apelaciones internas y decide presentar una demanda contra el Plan, dicha demanda debe iniciarse no más de 12 meses después de la fecha de la carta de rechazo de la apelación. Si no inicia su demanda dentro de este plazo de 12 meses, perderá de manera permanente e irrevocable su derecho a impugnar la denegación en la corte o de cualquier otra manera o foro. Esta regla de 12 meses se aplica a usted y a sus beneficiarios y a cualquier otra persona o entidad que presente un reclamo en su nombre.

Proveedores PPO

Los beneficios se pagan basado en si utiliza un proveedor PPO o un proveedor que no pertenece a PPO (No-PPO). Su Plan le permite ir al médico que usted desee. Si va a un proveedor PPO dentro de su red MultiPlan PPO, ahorrará dinero. La red MultiPlan PPO que debe usar se basa en qué estado necesita recibir atención. Si acude a un proveedor No-PPO (un proveedor que no está en su red), puede costarle más.

A continuación se muestran las redes MultiPlan PPO para usar por estado:

Si busca proveedores en:	Su red de MultiPlan PPO es:	
Alaska	Beech Street	
Idaho, Montana, Washington	First Choice Health Network	
Todos los demás estados	PHCS Network	

Para encontrar un proveedor PPO en la red Multiplan PPO:

- 1. Visite www.multiplan.com
- 2. Haga clic en "Buscar un proveedor" en la esquina superior derecha de la página
- 3. Haga clic en "Seleccionar una red"
 - a. Elija "Beech Street" si necesita un proveedor en Alaska
 - b. Elija "First Choice Health Network" si necesita un proveedor en Idaho, Montana o Washington
 - c. Elija "PHCS" si necesita un proveedor en cualquier otro estado

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor PPO, llame al:

MultiPlan 888-636-7427

O

UNITE HERE HEALTH

844-427-8501

Si usted está en el municipio de Anchorage, debe ir a un proveedor PPO Coalition para cualquiera de los servicios enumerados a continuación para que los beneficios se paguen a nivel PPO (*consulte la página A-10* para obtener una lista de los proveedores Coalition PPO):

- Servicios hospitalarios
- Terapia física
- Terapia de manos

Si obtiene estos servicios en Anchorage de un proveedor que no es un proveedor Coalition, usted paga más.

Beneficios médicos Silver

El cuadro a continuación es un ejemplo de reclamo médico que muestra cómo al usar un proveedor PPO generalmente le ahorra dinero. Puede ver cómo permanecer dentro de la red significa menos dinero fuera de su bolsillo.

Consulte la página A-9 para obtener más información sobre cómo permanecer en la red puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero.

Ejemplo de reclamo – cirugía ambulatoria en un hospital					
	Coalition/ PPO	No-PPO fuera de Anchorage	Proveedor que no pertenece a PPO (No- Coalition) en Anchorage		
A. Cargo total	\$10,000	\$10,000	\$10,000		
B. Descuento de la red	-\$5,000	\$0	\$0		
C. Cargo permitido del Plan (Consulte la página K-10)	\$5,000	\$4,500	\$5,000		
Lo que usted paga					
D. Cantidad sobre el cargo permitido	\$0 (A menos B menos C)	\$5,500 (A menos B menos C)	\$5,000 (A menos B menos C)		
E. Deducible (individual)	\$500	\$500	\$1,000		
F. Su parte del coseguro del costo	\$1,350 (30%)	\$1,500 (30%)	\$1,600 (40%)		
Su pago total	\$1,850	\$7,500	\$7,600		

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido, como los copagos y el coseguro por su parte de los gastos cubiertos. También debe pagar los gastos que no se consideran gastos cubiertos (*consulte la página D-31* para obtener información sobre los gastos excluidos), incluyendo los montos sobre el Cargo permitido, o los cargos una vez que se haya alcanzado un beneficio o limitación máxima.

Consulte la página D-18 para un resumen de su costo compartido.

Coseguro

El coseguro cubre su parte de la atención médica que recibe en el momento del servicio. Por ejemplo, usted paga su coseguro por toda la atención médica que recibe durante la visita al consultorio. Pagará un copago y coseguro en la sala de emergencias por toda la atención de emergencia recibida durante la visita a la sala de emergencias (ER).

Consulte la página K-11 para obtener más información sobre qué es un coseguro.

Deducible

Hay un deducible que aplica a los gastos cubiertos de PPO y un deducible separado que aplica a los gastos cubiertos que no son de PPO. Solo tiene que pagar el deducible una vez cada año. Una vez que haya pagado su deducible (a veces llamado "satisfacer su deducible"), no tiene que hacer más pagos hacia su deducible por el resto de ese año. La misma regla se aplica si dos o más miembros de su familia satisfacen el Deducible familiar. Una vez que su deducible familiar ha sido satisfecho, nadie más en su familia tiene que pagar los deducibles por el resto de ese año.

Su deducible PPO individual de \$500 y familiar de \$1,000 aplican a todos los servicios en los que se aplican los deducibles PPO, a menos que se indique lo contrario. Los montos que paga por medicamentos con receta o atención dental no se aplicarán a los deducibles de \$500 y \$1,000. Se aplica un deducible por separado a los beneficios dentales (consulte las secciones de beneficios dentales en la *página D-74*).

Consulte la página K-12 para obtener más información sobre qué es un deducible.

Copago

Además del deducible por año calendario, también tendrá un copago si se utilizan los siguientes servicios:

- Admisión hospitalaria: Copago de \$350 por admisión; no se cobra después de cuatro o más estadías por persona por año calendario.
- Visita a la sala de emergencias: Copago de \$100 por visita; no se cobra si lo admiten directamente al hospital.

Consulte la página K-11 para obtener más información sobre qué es un copago.

Límite de gastos fuera de su bolsillo para servicios y suministros de PPO

Su costo compartido de gastos fuera de su bolsillo para la mayoría de gastos médicos cubiertos por PPO está limitado a \$3,500 por persona (\$7,000 por familia) cada año. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumplan con estos límites, el Plan generalmente pagará el 100% de sus gastos médicos cubiertos por PPO (o los de su familia) durante el resto de ese año. Únicamente su costo compartido de gastos fuera de su bolsillo por atención médica aplica a su límite de gastos fuera de su bolsillo de \$3,500 (límite de \$7,000 para su familia). Los montos que paga fuera de su bolsillo por medicamentos con receta o atención dental no se aplicarán a los límites de gastos fuera de su bolsillo de \$3,500 o \$7,000. Se aplica un límite de gastos fuera de su bolsillo por separado a los beneficios de medicamentos recetados (*consulte la página D-55*) y a los gastos médicos cubiertos por No-PPO.

Consulte la página *K-17* para obtener más información sobre qué es un límite de gastos fuera de su bolsillo.

Beneficios cubiertos

Qué está cubierto

El Plan solo pagará beneficios por lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con su trabajo. Los beneficios se determinan en función de los cargos permitidos por los servicios cubiertos que resultan de la atención y el tratamiento médicamente necesarios prescritos o proporcionados por un proveedor de atención médica.

- Servicios de instalaciones quirúrgicas ambulatorias, incluyendo suministros generales, anestesia, medicamentos y salas de operaciones y recuperación. Si le han realizado múltiples cirugías, los gastos cubiertos se limitan a los cargos por la cirugía primaria. Sin embargo, los servicios profesionales para procedimientos quirúrgicos que normalmente se realizarían en el consultorio de un proveedor no están cubiertos.
- Anestesia y su administración.
- Extremidades y ojos artificiales.
- Beneficios de los Centros de Maternidad solo para empleadas y cónyuges dependientes. Si usted o su cónyuge dependiente usa un centro de maternidad en lugar de un hospital para el parto y recibe servicios y suministros que estarían cubiertos por el plan como gastos del hospital, entonces el Plan pagará los beneficios de la misma manera que para cualquier otra enfermedad.
- Sangre y plasma sanguíneo y su administración.
- Servicios de **quimioterapia e infusión**.
- Atención quiropráctica hasta un total de 1 visita por día.
- Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable y suministros para todos los dispositivos o artículos no desechables recetados por un proveedor de atención médica, como sillas de ruedas, camas tipo hospital, respiradores y sistemas de soporte asociados, bombas de infusión, equipos de diálisis en el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción en el hogar y otros equipos médicos similares o dispositivos, incluidos los suministros para el DME (por sus siglas en inglés).
 - ➤ Las tarifas de alquiler están cubiertas si el DME solo se puede alquilar, y el precio de compra está cubierto si el DME solo se puede comprar.
 - ➤ Sin embargo, si el DME se puede alquilar o comprar, y si las tarifas de alquiler para el curso del tratamiento probablemente sean superiores al precio de compra del equipo, los beneficios pueden limitarse al precio de compra del equipo.
 - ➤ Si el DME es comprado, los gastos subsiguientes para reparación o mantenimiento también son gastos con cobertura.
- Solo para empleados y cónyuges, embarazo y afecciones relacionadas con el embarazo, incluidos el parto, el aborto espontáneo o el aborto. Sin embargo, la atención médica preventiva de rutina para el embarazo de una hija dependiente también se considerará un gasto cubierto.

La atención no preventiva para el embarazo de una hija dependiente, incluyendo, entre otros, los ultrasonidos, los cargos asociados con un embarazo de alto riesgo, abortos y los cargos de maternidad y parto no estarán cubiertos.

- Servicios de Atención a la salud en el hogar, limitado a un total de 100 visitas por persona cada año para servicios PPO y No-PPO combinados. Los servicios generales de limpieza o cuidado de custodia no están cubiertos.
- Servicios Paliativos (hospicio) y suministros para una persona con enfermedad terminal (expectativa de vida de menos de 6 meses). Los servicios deben estar autorizados por un proveedor de atención médica.
- Cargos hospitalarios por alojamiento y comida y otros servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Reducción de la mandíbula, abierta o cerrada, para una mandíbula fracturada o dislocada.
- Servicios de diálisis renal.
- Mastectomías, incluyendo la reconstrucción del seno donde se realiza la mastectomía, el tratamiento quirúrgico del otro seno para producir una apariencia simétrica, los implantes mamarios y el tratamiento de complicaciones físicas resultantes de una mastectomía, incluidas las glándulas linfáticas inflamadas.
- Alimentos médicos si tiene un error congénito del metabolismo (IEM por sus siglas en inglés). Debe obtener una autorización previa para sus costos de alimentos médicos antes de que el Plan le reembolse el dinero. Para ser reembolsado, el alimento médico debe ser: (1) ordenado y utilizado bajo la supervisión de un proveedor de atención médica; (2) la fuente principal de su nutrición; y (3) etiquetado y utilizado para el manejo dietético de su IEM.
- Los **servicios médicos para trasplantes de órganos** están cubiertos para los siguientes procedimientos: trasplantes de riñón, corazón, pulmón, corazón/pulmón, hígado, páncreas, riñón/páncreas, médula ósea/células madre periféricas y córnea. Los beneficios del receptor de trasplante cubierto incluyen:
 - ➤ El uso de equipos mecánicos temporales, en espera de la adquisición de órganos humanos "compatibles";
 - > Trasplantes múltiples durante una sesión de operación;
 - Reemplazos o trasplantes posteriores; y
 - ➤ Gastos de seguimiento por servicios cubiertos (incluyendo la terapia inmunosupresora).

Cuando el receptor del trasplante está cubierto por este Plan, los gastos de los donantes cubiertos se pagan hasta \$5,000. Beneficios para el donante de trasplante cubierto incluye:

- Pruebas para identificar los donantes adecuados;
- ➤ El gasto por la adquisición de órganos de un donante;
- ➤ El gasto del soporte vital de un donante hasta que se retiren los órganos utilizables;

Beneficios médicos Silver

- ➤ Transporte para un donante vivo según lo prestado para servicios de ambulancia bajo gastos médicos cubiertos; y
- > Transporte de órganos o un donante en soporte vital.

El Plan *no* pagará lo siguiente:

- ➤ Cualquier gasto cuando remedios alternativos aprobados estén disponibles según lo determine el Fondo;
- Cualquier órgano animal o equipo mecánico, dispositivo u órganos, excepto lo dispuesto anteriormente;
- ➤ Cualquier compensación financiera para el donante que no sea un gasto cubierto en el que se incurra en el desempeño o en relación con la cirugía de trasplante
- ➤ Trasplantes de órganos corporales, excepto lo dispuesto anteriormente; y
- ➤ Todo lo excluido en virtud de las Exclusiones y Limitaciones Generales.
- Servicios profesionales para la **educación sobre la diabetes** y capacitación para el cuidado, monitoreo o tratamiento de la diabetes.
- Servicios profesionales de **asesoramiento nutricional**.
- Cargos de enfermería por servicios de enfermería de servicio general o privado realizados por una enfermera graduada registrada (RN) o una enfermera práctica con licencia (LPN), y otros servicios especializados realizados por una enfermera anestesista certificada registrada (CRNA), una enfermera practicante (NP), una enfermera clínica especializada (CNS), y enfermera partera certificada.
- Servicios de podiatría quirúrgica no rutinaria. Si se realiza más de una cirugía durante la misma operación, los gastos cubiertos se limitan al cargo permitido para el procedimiento principal.
 - ➤ Atención podiátrica no rutinaria, excluyendo radiografías. La ortopedia podiátrica no está cubierta.
 - Las visitas al consultorio podiátrico no rutinarias se consideran una visita especializada.
- **Servicios ambulatorios** en una clínica o centro de atención de urgencias de un centro independiente.
- Servicios de rehabilitación ambulatoria para fisioterapia y terapia ocupacional.
- Servicios de **terapia del habla** para pacientes ambulatorios.
 - ➤ Para los adultos, solo se cubre la terapia del habla para restaurar la pérdida del habla como resultado de una lesión o enfermedad.
 - ➤ Para hijos dependientes, la terapia del habla solo está cubierta para:
 - Detectar y tratar trastornos generalizados del desarrollo, tales como el autismo y el síndrome de Asperger.

- Restaurar o mejorar el habla para el habla-lenguaje y los trastornos del retraso del desarrollo causados por una enfermedad no crónica, trauma intrauterino, pérdida de audición, dificultad para tragar o lesión o enfermedad aguda.
- Tratamiento de retraso en el habla asociado con una enfermedad, lesión o defecto congénito, por ejemplo, paladar y labio leporino.
- Oxígeno y alquiler de equipo para su administración.
- La cobertura del **tratamiento con fenilcetonuria (PKU por sus siglas en inglés)** incluye fórmulas médicamente necesarias para usted o sus dependientes. El Plan pagará los gastos de la misma manera y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.
- Servicios de atención médica preventiva (consulte la página K-17). Los siguientes límites se aplican a tipos específicos de atención preventiva (se pueden aplicar otros límites a otros tipos de atención preventiva según su sexo, edad y estado de salud):
 - ➤ Examen de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicolaou) una vez cada 36 meses solo para la prueba de Papanicolaou, o una vez cada 60 meses si tanto la prueba de Papanicolaou como la detección del virus del papiloma humano se realizan juntas.
 - ➤ Las mamografías de rutina para mujeres están cubiertas cada 1-2 años si tiene entre 35 y 74 años. Las mamografías de rutina para mujeres menores de 35 años o mayores de 75 años pueden estar cubiertas si tiene un alto riesgo de cáncer de seno.
 - ➤ Las pruebas de PSA para hombres están cubiertas todos los años si tiene entre 40 y 69 años.
- Servicio profesional médico y quirúrgico de un proveedor de atención médica.
 Se aplican las siguientes reglas:
 - ➤ Si se realiza más de una cirugía o procedimiento a través de la misma incisión o cavidad corporal natural durante la misma operación, los gastos cubiertos se limitan al cargo permitido para la cirugía o procedimiento mayor.
 - ➤ Los gastos cubiertos no incluyen procedimientos incidentales realizados a través de la misma incisión durante una cirugía.
- Terapia de radiación.
- La reparación de dientes naturales sanos y sus estructuras de soporte, si los Gastos cubiertos son el resultado de una lesión. El tratamiento debe recibirse mientras esté cubierto por el Plan. Es posible que tenga cobertura dental adicional bajo sus beneficios dentales—si corresponde, consulte la sección de beneficios dentales.
- Cuidado de rutina de los pies (podiatría de rutina).
- Atención en un centro de enfermería especializada, limitada a un total de 100 días por internación cada año para la atención combinada PPO y No-PPO. Se deben cumplir todas las siguientes reglas:

Beneficios médicos Silver

- ➤ La persona debe estar bajo el cuidado de un proveedor de atención médica durante la internación.
- ➤ La persona debe ser internada como paciente de cama regular.

Los beneficios de los centros de atención de enfermería especializada se restablecerán cada nuevo período de internación. Un nuevo período de internación comienza al menos 60 días después de la última internación en un centro de atención de enfermería especializada y satisface las condiciones descritas anteriormente.

- Procedimientos de esterilización para empleados y cónyuges, e hijas mujeres dependientes.
- **Servicios de una enfermera quirúrgica** (una enfermera que trabaja con un cirujano para brindar servicios de enfermería especializados antes, durante y después de la cirugía).
- **Suministros quirúrgicos y vendajes**, incluyendo yesos, férulas, prótesis, aparatos ortopédicos, bastones, muletas y bragueros.
- El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida está cubierto hasta un máximo de por vida de \$50,000. Póngase en contacto con el Fondo para conocer los criterios necesarios para este beneficio. Debido a que el costo de la cirugía varía ampliamente, le recomendamos que consulte el costo total del procedimiento por adelantado.
- Transporte proporcionado por un **servicio de ambulancia profesional** al área de instalaciones médicas que está equipada para proporcionar el tratamiento requerido. Esto incluye por medio de ambulancia profesional, ferrocarril o aerolínea comercial en un vuelo programado regularmente. Si usted no tiene control sobre el tipo de ambulancia que se solicita, por ejemplo, cuando la ambulancia es solicitada por un profesional de la salud, un empleador, la policía, la escuela, etc. esta ambulancia se considerará médicamente necesaria. Comuníquese con el Fondo (*consulte la página A-4*) si no tiene control sobre el tipo de ambulancia que está siendo solicitada. Si el transporte es médicamente necesario, el plan cubre ambulancia aérea con licencia y/o transporte aéreo de ida y vuelta en clase turista o transporte terrestre para el paciente dentro de Alaska, o desde Alaska a Seattle, Washington. Si el paciente es un niño o un adulto discapacitado, el Plan también cubre el transporte aéreo para que un adulto acompañe al paciente. Debe proporcionar pruebas de su médico de que el transporte aéreo es necesario porque el tratamiento no está disponible en su localidad o en otro lugar del estado de Alaska. El Plan no pagará por adelantado para el transporte aéreo.
- Tratamiento de **afecciones de salud mental y abuso de sustancias**, incluyendo la atención hospitalaria y residencial, la atención ambulatoria, la hospitalización parcial, la atención ambulatoria intensiva y la desintoxicación ambulatoria.
- Tratamiento de **tumores**, **quistes** y **lesiones** no considerados como procedimiento dental.
- Tratamiento de trastornos de la **articulación temporomandibular (TMJ por sus siglas en inglés)**, trastornos craneofaciales o trastornos ortognáticos.
- Radiografías y análisis de laboratorio, incluyendo radiografías y análisis de laboratorio para quiropráctica y atención de podiatría no rutinaria.

Lo que no está cubierto

Consulte la página I-2 para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Además de esa lista, el Plan no pagará beneficios por, o en conexión con, los siguientes tratamientos, servicios y suministros:

- Acupuntura. Excepto cuando se usa como agente anestésico para cirugía cubierta.
- Tarifas de instalaciones quirúrgicas ambulatorias para procedimientos que normalmente se realizan en el consultorio de un proveedor.
- Cualquier tratamiento dental de los dientes o sus estructuras de soporte, que no sean los servicios cubiertos por el beneficio dental, a menos que se especifique lo contrario como un gasto cubierto
- Cualquier procedimiento electivo, excepto la esterilización o el aborto, que no sea para tratar una lesión o enfermedad corporal. Los Fideicomisarios tienen el derecho exclusivo y la discreción de decidir si un procedimiento es electivo.
- Cualquier servicio o suministro para o en relación con el tratamiento de dientes, naturales o de otro tipo, y estructuras de soporte. Sin embargo, los cargos realizados por un hospital u otro centro por procedimientos dentales cubiertos bajo las disposiciones de beneficios dentales, si corresponde (consulte las secciones de beneficios dentales), estarán cubiertos si el procedimiento requiere que el paciente sea tratado en un entorno institucional para recibir la atención de forma segura. Por ejemplo, si padece una afección médica o de comportamiento, como autismo o Alzheimer, que limita severamente su capacidad de cooperar con el dentista que brinda la atención, los cargos realizados por un hospital u otra institución se considerarán un gasto cubierto. Los beneficios para otros tipos de atención dental pueden estar cubiertos por el beneficio dental como se describe en la sección dental, si corresponde.
- Exámenes de la vista o de la audición, excepto según se indique específicamente como cubierto, o
 a menos que el examen sea para el diagnóstico o tratamiento de una lesión corporal accidental o
 una enfermedad.
- Cargos hospitalarios por artículos de comodidad personal, que incluyen, entre otros, teléfonos, televisores, cosméticos, bandejas para invitados, revistas y camas o cunas para familiares u otros invitados.
- Medicamentos con receta médica y medicinas, distintos de los utilizados donde se dispensan. Los
 medicamentos recetados pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta que
 se muestra en la página D-56.
- Cuidados de enfermera privada.
- Servicios o suministros proporcionados por un proveedor que no es PPO si los beneficios solo se pagan por dichos servicios o suministros cuando se utiliza un proveedor PPO.
- Cirugía para modificar las relaciones de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos de osteoplastia y genioplastia. Sin embargo, las operaciones de tipo Le Fort están cubiertas principalmente para reparar defectos congénitos de la boca, afecciones de parte media de la cara (sobre o bajo desarrollo de rasgos faciales) o daños causados por lesiones accidentales.

Conozca:

- > Lo que usted paga por la atención médica.
- ➤ Cómo los límites de gastos fuera de su bolsillo lo protegen de los grandes gastos fuera de su bolsillo.
- Qué tipos de atención médica cubre el Plan.
- Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

Beneficios médicos del Bronze Plan

En general, lo que paga por la atención médica se basa en el tipo de atención que recibe, dónde obtiene su atención y si acude a un proveedor de Coalition/PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage o un proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en el Municipio de Anchorage. Por ejemplo, paga menos usando un centro de atención de urgencias en lugar de ir a la sala de emergencias. El deducible anual se aplica a los servicios enumerados a continuación, a menos que se indique que no se aplica.

A menos que se indique lo contrario, esta sección muestra lo que usted paga por su atención (llamada "costo compartido"). Usted paga cualquier copago, deducibles, su parte del coseguro, cualquier monto sobre un beneficio máximo y cualquier gasto que no esté cubierto, incluidos los cargos que superan el cargo permitido.

Deducible anual y límites de gastos fuera de su bolsillo por atención médica				
Deducibles anuales: Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage (aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)	\$750 persona \$1,500 familia			
Deducibles anuales: Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en el municipio de Anchorage (aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario)	\$1,500 persona \$3,000 familia			
Límites médicos de gastos fuera de su bolsillo para un proveedor Coalition/PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage	\$4,000 persona \$8,000 familia			
Límites médicos de gastos fuera de su bolsillo para proveedores que no pertenecen a PPO (No-Coalition) en el municipio de Anchorage	\$11,250 persona \$22,500 familia			
	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage* Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*			
Visitas al consultorio				
Atención médica preventiva (consulte la página K-17) Sin cargo (no se aplica el deducible) Sin cargo (no se aplica el deducible)				

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	40% Coseguro	40% Coseguro
Visitas de telesalud	Sin cargo	No tiene cobertura
Visitas al consultorio del especialista	40% Coseguro	40% Coseguro
Visitas al consultorio por salud mental/abuso de sustancias	40% Coseguro	40% Coseguro
Servicios quiroprácticos (1 visita/día)	40% Coseguro	40% Coseguro
Consulta rutinaria con el podólogo	40% Coseguro	40% Coseguro
Podiatría no rutinaria	40% Coseguro	40% Coseguro
Inyecciones para alergias en un consultorio	40% Coseguro	40% Coseguro
Coalition	1 Health Center	
Servicios de consultorio y preventivos	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Servicios de emergen	ncia y atención de urgencias	
Centro de atención de urgencias	40% Coseguro	40% Coseguro
Sala de emergencias en un hospital		
Atención de emergencia brindada en una sala de emergencias (ER)	\$100 de copago más 40% de coseguro; no se cobra copago si es admitido	\$100 de copago más 40% de coseguro; no se cobra copago si es admitido
Atención de rutina brindada en una sala de emergencias (ER)	\$100 Copago más 40% Coseguro	\$100 Copago más 40% Coseguro
Servicios profesionales de ambulancia terrestre	40% Coseguro	40% Coseguro
Servicios profesionales de ambulancia aérea	40% Coseguro	40% Coseguro

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Servicio	s ambulatorios	
Servicios de laboratorio	40% Coseguro	No hospitalario - 40% coseguro
	·	Hospitalario - 50% coseguro
Radiología (radiografía, ultrasonido,	4004 Cocoggiro	No hospitalario - 40% coseguro
monitoreo fetal)	40% Coseguro	Hospitalario - 50% coseguro
Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET) y	400/ Conoguro	No hospitalario - 40% coseguro
pruebas de imágenes cardíacas	40% Coseguro	Hospitalario - 50% coseguro
Cirugía ambulatoria		
Centro Quirúrgico Ambulatorio	40% Coseguro	50% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage
Departamento de pacientes ambulatorios del hospital	40% Coseguro	50% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage
Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	40% Coseguro	50% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a PPO en el municipio de Anchorage

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*
Terapia de radiación	40% Coseguro	40% Coseguro
Diálisis	40% Coseguro	40% Coseguro
Quimioterapia o medicamento por infusión	40% Coseguro	40% Coseguro
Tratamientos	con hospitalización	
Hospitalización del paciente No se cobra copago después de 4 o más estadías/ persona/ año calendario	\$350 Copago más 40% Coseguro	\$350 Copago más 50% Coseguro para instalaciones que no pertenecen a Non-PPO en el municipio de Anchorage
Centro de enfermería especializada: hasta 100 días por internación	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Bienestar y	atención menor	
Visita de Bienestar y atención menor (el copago aplica al límite de gastos fuera de su bolsillo de su Plan médico)	\$20 copago	No tiene cobertura
Otros servic	cios y suministros	
Educación sobre diabetes	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Educación nutricional	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Hospitalización parcial, paciente intensivo ambulatorio o tratamiento de desintoxicación ambulatoria	40% Coseguro	40% Coseguro
Servicios de atención médica en el hogar - 100 visitas/año	Sin cargo (no se aplica el deducible)	Sin cargo (no se aplica el deducible)
Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable	40% Coseguro	40% Coseguro

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

	Proveedor Coalition/ PPO o cualquier proveedor fuera de Anchorage*	Proveedor que no pertenece a PPO (No-Coalition) en Anchorage*	
Cuidados paliativos (hospicio) con hospitalización: limitado a 30 días	40% Coseguro	40% Coseguro	
Ortopedia (que no sea ortopedia podiátrica)	40% Coseguro	40% Coseguro	
Alimentos médicos	40% Coseguro	40% Coseguro	
Transporte y alojamiento para ciertas afecciones médicas graves	El Plan paga el 100% hasta un máximo anual de \$3,500		
Todos los otros tipos de atención médica	40% Coseguro	40% Coseguro	

^{*} Los servicios recibidos de un proveedor que no sea PPO se cubrirán hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

Cuando se utiliza un centro que no pertenece a PPO dentro del municipio de Anchorage, el monto permitido para los servicios de pacientes hospitalizados es basado en la tarifa contratada de PPO Coalition. Para la fisioterapia (servicios ambulatorios), el monto permitido será igual al 50% de los cargos facturados. Esto significa que usted será responsable de la diferencia en el monto permitido y el monto total que el proveedor facturó por el servicio. *Consulte la página D-40* para ver un ejemplo de los beneficios de usar un proveedor PPO.

Inicio de acciones legales

Ni usted, ni su beneficiario ni ningún otro reclamante pueden iniciar una demanda contra el Plan (o sus Fideicomisarios, proveedores o personal) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Los procedimientos internos de apelación no incluyen su derecho a una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente ("IRO" por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act).

Si finaliza todas las apelaciones internas y decide presentar una demanda contra el Plan, dicha demanda debe iniciarse no más de 12 meses después de la fecha de la carta de rechazo de la apelación. Si no inicia su demanda dentro de este plazo de 12 meses, perderá de manera permanente e irrevocable su derecho a impugnar la denegación en la corte o de cualquier otra manera o foro. Esta regla de 12 meses se aplica a usted y a sus beneficiarios y a cualquier otra persona o entidad que presente un reclamo en su nombre.

Proveedores PPO

Los beneficios se pagan basado en si utiliza un proveedor PPO o un proveedor que no pertenece a PPO (No-PPO). Su Plan le permite ir al médico que usted desee. Si va a un proveedor PPO dentro de su red MultiPlan PPO, ahorrará dinero. La red MultiPlan PPO que debe usar se basa en qué estado necesita recibir atención. Si acude a un proveedor No-PPO (un proveedor que no está en su red), puede costarle más.

A continuación se muestran las redes MultiPlan PPO para usar por estado:

Si busca proveedores en:	Su red de MultiPlan PPO es:
Alaska	Beech Street
Idaho, Montana, Washington	First Choice Health Network
Todos los demás estados	PHCS Network

Para encontrar un proveedor PPO en la red Multiplan PPO:

- 1. Visite www.multiplan.com
- 2. Haga clic en "Buscar un proveedor" en la esquina superior derecha de la página
- 3. Haga clic en "Seleccionar una red"
 - a. Elija "Beech Street" si necesita un proveedor en Alaska
 - b. Elija "First Choice Health Network" si necesita un proveedor en Idaho, Montana o Washington
 - c. Elija "PHCS" si necesita un proveedor en cualquier otro estado

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor PPO, llame al:

MultiPlan 888-636-7427

O

UNITE HERE HEALTH

844-427-8501

Si usted está en el municipio de Anchorage, debe ir a un proveedor PPO Coalition para cualquiera de los servicios enumerados a continuación para que los beneficios se paguen a nivel PPO (*consulte la página A-10* para obtener una lista de los proveedores Coalition PPO):

- Servicios hospitalarios
- Terapia física
- Terapia de manos

Si obtiene estos servicios en Anchorage de un proveedor que no es un proveedor Coalition, usted paga más.

El cuadro a continuación es un ejemplo de reclamo médico que muestra cómo al usar un proveedor PPO generalmente le ahorra dinero. Puede ver cómo permanecer dentro de la red significa menos dinero fuera de su bolsillo.

Consulte la página A-10 para obtener más información sobre cómo permanecer en la red puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero.

Ejemplo de reclamo – cirugía ambulatoria en un hospital						
	Coalition/ PPO	No-PPO fuera de Anchorage	Proveedor que no pertenece a PPO (No- Coalition) en Anchorage			
A. Cargo total	\$10,000	\$10,000	\$10,000			
B. Descuento de la red	-\$5,000	\$0	\$0			
C. Cargo permitido del Plan (Consulte la página K-10)	\$5,000	\$4,500	\$5,000			
	Lo que usted pa	ıga				
D. Cantidad sobre el cargo permitido	\$0 (A menos B menos C)	\$5,500 (A menos B menos C)	\$5,000 (A menos B menos C)			
E. Deducible (individual)	\$750	\$750	\$1,500			
F. Su parte del coseguro del costo	\$1,700 (40%)	\$1,900 (40%)	\$1,750 (50%)			
Su pago total \$2,450 \$8,150 \$8,250						

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido, como los copagos y el coseguro por su parte de los gastos cubiertos. También debe pagar los gastos que no se consideran gastos cubiertos (consulte la página D-47 para obtener información sobre los gastos excluidos), incluyendo los montos sobre el Cargo permitido, o los cargos una vez que se haya alcanzado un beneficio o limitación máxima.

Consulte la página D-34 para un resumen de su costo compartido.

Coseguro

El coseguro cubre su parte de la atención médica que recibe en el momento del servicio. Por ejemplo, usted paga su coseguro por toda la atención médica que recibe durante la visita al consultorio. Pagará un copago y coseguro en la sala de emergencias por toda la atención de emergencia recibida durante la visita a la sala de emergencias (ER).

Consulte la página K-11 para obtener más información sobre qué es un coseguro.

Deducibles

Hay un deducible que aplica a los gastos cubiertos de PPO y un deducible separado que aplica a los gastos cubiertos que no son de PPO. Solo tiene que pagar el deducible una vez cada año. Una vez que haya pagado su deducible (a veces llamado "satisfacer su deducible"), no tiene que hacer más pagos hacia su deducible por el resto de ese año. La misma regla se aplica si dos o más miembros de su familia satisfacen el Deducible familiar de \$1,500. Una vez que su deducible familiar ha sido satisfecho, nadie más en su familia tiene que pagar los deducibles por el resto de ese año.

Su deducible PPO individual de \$750 y familiar de \$1,500 aplican a todos los servicios en los que se aplican los deducibles PPO. Los montos que paga por medicamentos con receta o atención dental no se aplicarán a los deducibles de \$750 y \$1,500. Se aplica un deducible por separado a los beneficios dentales (consulte las secciones de beneficios dentales).

Consulte la página K-12 para obtener más información sobre qué es un deducible.

Copago

Además del deducible por año calendario, también tendrá un copago si se utilizan los siguientes servicios:

- Admisión hospitalaria: Copago de \$350 por admisión; no se cobra después de cuatro o más estadías por persona por año calendario.
- Visita a la sala de emergencias: Copago de \$100 por visita; no se cobra si lo admiten directamente al hospital.

Consulte la página K-11 para obtener más información sobre qué es un copago.

Límite de gastos fuera de su bolsillo para servicios y suministros de PPO

Su costo compartido de gastos fuera de su bolsillo para la mayoría de gastos médicos cubiertos por PPO está limitado a \$4,000 por persona (\$8,000 por familia) cada año. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo de PPO por gastos cubiertos cumplan con estos límites, el Plan generalmente pagará el 100% de sus gastos médicos cubiertos por PPO (o los de su familia) durante el resto de ese año. Únicamente su costo compartido PPO de gastos fuera de su bolsillo por atención médica aplica a su límite de gastos fuera de su bolsillo de \$4,000 (límite de \$8,000 para su familia). Los montos que paga fuera de su bolsillo por medicamentos con receta o atención dental no se aplicarán a los límites de gastos fuera de su bolsillo de \$4,000 o \$8,000. Se aplica un límite de gastos de bolsillo por separado a los beneficios de medicamentos recetados (Consulte la página D-55).

D-41

Consulte la página K-17 para obtener más información sobre qué es un límite de gastos fuera de su bolsillo.

Plan Unit 190

Beneficios cubiertos

Qué está cubierto

El Plan solo pagará beneficios por lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con su trabajo. Los beneficios se determinan en función de los cargos permitidos por los servicios cubiertos que resultan de la atención y el tratamiento médicamente necesarios prescritos o proporcionados por un proveedor de atención médica.

- Servicios de instalaciones quirúrgicas ambulatorias, incluyendo suministros generales, anestesia, medicamentos y salas de operaciones y recuperación. Si le han realizado múltiples cirugías, los gastos cubiertos se limitan a los cargos por la cirugía primaria. Sin embargo, los servicios profesionales para procedimientos quirúrgicos que normalmente se realizarían en el consultorio de un proveedor no están cubiertos.
- Anestesia y su administración.
- Extremidades y ojos artificiales.
- Beneficios de los Centros de Maternidad solo para empleadas y cónyuges dependientes. Si usted o su cónyuge dependiente usa un centro de maternidad en lugar de un hospital para el parto y recibe servicios y suministros que estarían cubiertos por el Plan como gastos del hospital, entonces el plan pagará los beneficios de la misma manera que para cualquier otra enfermedad.
- Sangre y plasma sanguíneo y su administración.
- Servicios de **quimioterapia e infusión**.
- Atención quiropráctica hasta un total de 1 visita por día.
- Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable y suministros para todos los dispositivos o artículos no desechables recetados por un proveedor de atención médica, como sillas de ruedas, camas tipo hospital, respiradores y sistemas de soporte asociados, bombas de infusión, equipos de diálisis en el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción en el hogar y otros equipos médicos similares o dispositivos, incluidos los suministros para DME (por sus siglas en inglés).
 - ➤ Las tarifas de alquiler están cubiertas si el DME solo se puede alquilar, y el precio de compra está cubierto si el DME solo se puede comprar.
 - ➤ Sin embargo, si el DME se puede alquilar o comprar, y si las tarifas de alquiler para el curso del tratamiento probablemente sean superiores al precio de compra del equipo, los beneficios pueden limitarse al precio de compra del equipo.
 - ➤ Si el DME es comprado, los gastos subsiguientes para reparación o mantenimiento también son gastos con cobertura.
- Solo para empleados y cónyuges, **embarazo** y afecciones relacionadas con el embarazo, incluidos el parto, el aborto espontáneo o el aborto. Sin embargo, la atención médica preventiva de rutina para el embarazo de una hija dependiente también se considerará un gasto cubierto. La atención no preventiva para el embarazo de una hija dependiente, incluyendo, entre otros,

los ultrasonidos, los cargos asociados con un embarazo de alto riesgo, abortos y los cargos de maternidad y parto no estarán cubiertos.

- Servicios de Atención a la salud en el hogar, limitado a un total de 100 visitas por persona cada año para servicios PPO y No-PPO combinados. Los servicios generales de limpieza o cuidado de custodia no están cubiertos.
- Servicios Paliativos (hospicio) y suministros para una persona con enfermedad terminal (expectativa de vida de menos de 6 meses). Los servicios deben estar autorizados por un proveedor de atención médica.
- Cargos hospitalarios por alojamiento y comida y otros servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Reducción de la mandíbula, abierta o cerrada, para una mandíbula fracturada o dislocada.
- Servicios de diálisis renal.
- Mastectomías, incluyendo la reconstrucción del seno donde se realiza la mastectomía, el tratamiento quirúrgico del otro seno para producir una apariencia simétrica, los implantes mamarios y el tratamiento de complicaciones físicas resultantes de una mastectomía, incluidas las glándulas linfáticas inflamadas.
- Alimentos médicos si tiene un error congénito del metabolismo (IEM por sus siglas en inglés). Debe obtener una autorización previa para sus costos de alimentos médicos antes de que el Plan le reembolse el dinero. Para ser reembolsado, el alimento médico debe ser: (1) ordenado y utilizado bajo la supervisión de un proveedor de atención médica; (2) la fuente principal de su nutrición; y (3) etiquetado y utilizado para el manejo dietético de su IEM.
- Los servicios médicos para trasplantes de órganos están cubiertos para los siguientes procedimientos: trasplantes de riñón, corazón, pulmón, corazón/pulmón, hígado, páncreas, riñón/páncreas, médula ósea/células madre periféricas y córnea. Los beneficios del receptor de trasplante cubierto incluyen:
 - El uso de equipos mecánicos temporales, en espera de la adquisición de órganos humanos "compatibles";
 - ➤ Trasplantes múltiples durante una sesión de operación;
 - ➤ Reemplazos o trasplantes posteriores; y
 - ➤ Gastos de seguimiento por servicios cubiertos (incluyendo la terapia inmunosupresora).

Cuando el receptor del trasplante está cubierto por este Plan, los gastos de los donantes cubiertos se pagan hasta \$5,000. Beneficios para el donante de trasplante cubierto incluye:

- > Pruebas para identificar los donantes adecuados;
- ➤ El gasto por la adquisición de órganos de un donante;
- ➤ El gasto del soporte vital de un donante hasta que se retiren los órganos utilizables;

- ➤ Transporte para un donante vivo según lo prestado para servicios de ambulancia bajo gastos médicos cubiertos; y
- > Transporte de órganos o un donante en soporte vital.

El Plan no pagará lo siguiente:

- ➤ Cualquier gasto cuando remedios alternativos aprobados estén disponibles según lo determine el Fondo;
- Cualquier órgano animal o equipo mecánico, dispositivo u órganos, excepto lo dispuesto anteriormente;
- ➤ Cualquier compensación financiera para el donante que no sea un gasto cubierto en el que se incurra en el desempeño o en relación con la cirugía de trasplante
- ➤ Trasplantes de órganos corporales, excepto lo dispuesto anteriormente; y
- ➤ Todo lo excluido en virtud de las Exclusiones y Limitaciones Generales.
- Servicios profesionales para la **educación sobre la diabetes** y capacitación para el cuidado, monitoreo o tratamiento de la diabetes.
- Servicios profesionales de asesoramiento nutricional.
- Cargos de enfermería por servicios de enfermería de servicio general o privado realizados por una enfermera graduada registrada (RN) o una enfermera práctica con licencia (LPN), y otros servicios especializados realizados por una enfermera anestesista certificada registrada (CRNA), una enfermera practicante (NP), una enfermera clínica especializada (CNS), y enfermera partera certificada.
- Servicios de podiatría quirúrgica no rutinaria. Si se realiza más de una cirugía durante la misma operación, los gastos cubiertos se limitan al cargo permitido para el procedimiento principal.
 - ➤ Atención podiátrica no rutinaria, excluyendo radiografías. La ortopedia podiátrica no está cubierta.
 - ➤ Las visitas al consultorio podiátrico no rutinarias se consideran una visita especializada.
- **Servicios ambulatorios** en una clínica o centro de atención de urgencias o centro independiente.
- Servicios de rehabilitación ambulatoria para fisioterapia y terapia ocupacional.
- Servicios de **terapia del habla** para pacientes ambulatorios
 - ➤ Para los adultos, solo se cubre la terapia del habla para restaurar la pérdida del habla como resultado de una lesión o enfermedad.
 - > Para hijos dependientes, la terapia del habla solo está cubierta para:
 - Detectar y tratar trastornos generalizados del desarrollo, tales como el autismo y el síndrome de Asperger.

- Restaurar o mejorar el habla para el habla y el lenguaje y los trastornos del retraso del desarrollo causados por una enfermedad no crónica, trauma intrauterino, pérdida de audición, dificultad para tragar o lesión o enfermedad aguda.
- Tratamiento de retraso en el habla asociado con una enfermedad, lesión o defecto congénito, por ejemplo, paladar y labio leporino.
- Oxígeno y alquiler de equipo para su administración.
- La cobertura del **tratamiento con fenilcetonuria (PKU por sus siglas en inglés)** incluye fórmulas médicamente necesarias para usted o sus dependientes. El Plan pagará los gastos de la misma manera y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.
- **Servicios de salud preventiva** (*consulte la página K-17*). Los siguientes límites se aplican a tipos específicos de atención preventiva (se pueden aplicar otros límites a otros tipos de atención preventiva según su sexo, edad y estado de salud):
 - ➤ Examen de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicolaou) una vez cada 36 meses solo para la prueba de Papanicolaou, o una vez cada 60 meses si tanto la prueba de Papanicolaou como la detección del virus del papiloma humano se realizan juntas.
 - ➤ Las mamografías de rutina para mujeres están cubiertas cada 1-2 años si tiene entre 35 y 74 años. Las mamografías de rutina para mujeres menores de 35 años o mayores de 75 años pueden estar cubiertas si tiene un alto riesgo de cáncer de seno.
 - ➤ Las pruebas de PSA para hombres están cubiertas todos los años si tiene entre 35 y 69 años.
- Servicio profesional médico y quirúrgico de un proveedor de atención médica.
 Se aplican las siguientes reglas:
 - ➤ Si se realiza más de una cirugía o procedimiento a través de la misma incisión o cavidad corporal natural durante la misma operación, los gastos cubiertos se limitan al cargo permitido para la cirugía o procedimiento mayor.
 - ➤ Los gastos cubiertos no incluyen procedimientos incidentales llevados a cabo a través de la misma incisión durante la misma operación.
- Terapia de radiación.
- La reparación de dientes naturales sanos y sus estructuras de soporte, si los Gastos cubiertos son el resultado de una lesión. El tratamiento debe recibirse mientras esté cubierto por el Plan. Es posible que tenga cobertura dental adicional bajo sus beneficios dentales—si corresponde, consulte la sección de beneficios dentales.
- Cuidado de rutina de los pies (podiatría de rutina).
- Atención en un centro de enfermería especializada, limitada a un total de 100 días por internación cada año para la atención combinada PPO y No-PPO. Se deben cumplir todas las siguientes reglas:

- ➤ La persona debe estar bajo el cuidado de un proveedor de atención médica durante la internación.
- ➤ La persona debe ser internada como paciente de cama regular.

Los beneficios de los centros de atención de enfermería especializada se restablecerán cada nuevo período de internación. Un nuevo período de internación comienza al menos 60 días después de la última internación en un centro de atención de enfermería especializada y satisface las condiciones descritas anteriormente.

- Procedimientos de esterilización para empleados y cónyuges, e hijas mujeres dependientes.
- **Servicios de una enfermera quirúrgica** (una enfermera que trabaja con un cirujano para brindar servicios de enfermería especializados antes, durante y después de la cirugía).
- **Suministros quirúrgicos y vendajes**, incluyendo yesos, férulas, prótesis, aparatos ortopédicos, bastones, muletas y bragueros.
- El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida está cubierto hasta un máximo de por vida de \$50,000. Póngase en contacto con el Fondo para conocer los criterios necesarios para este beneficio. Debido a que el costo de la cirugía varía ampliamente, le recomendamos que consulte el costo total del procedimiento por adelantado.
- Transporte proporcionado por un **servicio de ambulancia profesional** al área de instalaciones médicas que está equipada para proporcionar el tratamiento requerido. Esto incluye por medio de ambulancia profesional, ferrocarril o aerolínea comercial en un vuelo programado regularmente. Si usted no tiene control sobre el tipo de ambulancia que se solicita, por ejemplo, cuando la ambulancia es solicitada por un profesional de la salud, un empleador, la policía, la escuela, etc. esta ambulancia se considerará médicamente necesaria. Comuníquese con el Fondo (*consulte la página A-4*) si no tiene control sobre el tipo de ambulancia que está siendo solicitada. Si el transporte es médicamente necesario, el plan cubre ambulancia aérea con licencia y/o transporte aéreo de ida y vuelta en clase turista o transporte terrestre para el paciente dentro de Alaska, o desde Alaska a Seattle, Washington. Si el paciente es un niño o un adulto discapacitado, el Plan también cubre el transporte aéreo para que un adulto acompañe al paciente. Debe proporcionar pruebas de su médico de que el transporte aéreo es necesario porque el tratamiento no está disponible en su localidad o en otro lugar del estado de Alaska. El Plan no pagará por adelantado para el transporte aéreo.
- Tratamiento de **afecciones de salud mental y abuso de sustancias**, incluyendo la atención hospitalaria y residencial, la atención ambulatoria, la hospitalización parcial, la atención ambulatoria intensiva y la desintoxicación ambulatoria.
- Tratamiento de **tumores**, **quistes** y **lesiones** no considerados como procedimiento dental.
- Tratamiento de trastornos de la **articulación temporomandibular (TMJ por sus siglas en inglés)**, trastornos craneofaciales o trastornos ortognáticos.
- Radiografías y análisis de laboratorio, incluyendo radiografías y análisis de laboratorio para quiropráctica y atención de podiatría no rutinaria.

Lo que no está cubierto

Consulte la página I-2 para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Además de esa lista, el Plan no pagará beneficios por, o en conexión con, los siguientes tratamientos, servicios y suministros:

- Acupuntura. Excepto cuando se usa como agente anestésico para cirugía cubierta.
- Tarifas de instalaciones quirúrgicas ambulatorias para procedimientos que normalmente se realizan en el consultorio de un proveedor.
- Cualquier tratamiento dental de los dientes o sus estructuras de soporte, que no sean los servicios cubiertos por el beneficio dental, a menos que se especifique lo contrario como un gasto cubierto
- Cualquier procedimiento electivo, excepto la esterilización o el aborto, que no sea para tratar una lesión o enfermedad corporal. Los Fideicomisarios tienen el derecho exclusivo y la discreción de decidir si un procedimiento es electivo.
- Cualquier servicio o suministro para o en relación con el tratamiento de dientes, naturales o de otro tipo, y estructuras de soporte. Sin embargo, los cargos realizados por un hospital u otro centro por procedimientos dentales cubiertos bajo las disposiciones de beneficios dentales, si corresponde (consulte las secciones de beneficios dentales), estarán cubiertos si el procedimiento requiere que el paciente sea tratado en un entorno institucional para recibir la atención de forma segura. Por ejemplo, si padece una afección médica o de comportamiento, como autismo o Alzheimer, que limita severamente su capacidad de cooperar con el dentista que brinda la atención, los cargos realizados por un hospital u otra institución se considerarán un gasto cubierto. Los beneficios para otros tipos de atención dental pueden estar cubiertos por el beneficio dental como se describe en la sección dental, si corresponde.
- Exámenes de la vista o de la audición, excepto según se indique específicamente como cubierto, o a menos que el examen sea para el diagnóstico o tratamiento de una lesión corporal accidental o una enfermedad.
- Cargos hospitalarios por artículos de comodidad personal, que incluyen, entre otros, teléfonos, televisores, cosméticos, bandejas para invitados, revistas y camas o cunas para familiares u otros invitados.
- Medicamentos con receta médica y medicinas, distintos de los utilizados donde se dispensan.
 Los medicamentos recetados pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta que se muestra en la página D-56.
- Cuidados de enfermera privada.
- Servicios o suministros proporcionados por un proveedor que no es PPO si los beneficios solo se pagan por dichos servicios o suministros cuando se utiliza un proveedor PPO.
- Cirugía para modificar las relaciones de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos de osteoplastia y genioplastia. Sin embargo, las operaciones de tipo Le Fort están cubiertas principalmente para reparar defectos congénitos de la boca, afecciones de parte media de la cara (sobre o bajo desarrollo de rasgos faciales) o daños causados por lesiones accidentales.

Programa de beneficios para viajes

Conozca:

- > Lo que cubre el beneficio para viajes.
- > Quién es elegible.
- > Cómo usar el beneficio.

Programa de beneficios para viajes

Este programa de beneficios para viajes le permite a los participantes buscar atención de alta calidad y económica para problemas médicos mayores.

Elegibilidad

Usted será elegible para el pago de los beneficios para viajes cuando:

- Usted o un dependiente cubierto se someten a un procedimiento quirúrgico específico o tratamiento contra el cáncer;
- Cuando se determina que es más razonable y/o rentable para usted recibir tratamiento para sus condiciones específicas fuera del área de servicio local;
- Usted utiliza un proveedor de la red para servicios en el estado donde está recibiendo tratamiento; y
- Usted no está cubierto por Medicare (a menos que esté cubierto por el Plan Alaska H.E.R.E. Plan de acuerdo con las reglas del pagador secundario de Medicare).

El beneficio para viajes se limita a su familia inmediata, que se definirá como el participante inscrito, su cónyuge legalmente casado y sus hijos.

Si el participante no está casado(a), la familia inmediata se definirá como sus padres y sus hermanos(as).

Programa de beneficios

Los beneficios para viajes deben ser autorizados previamente por Medical Rehabilitation Consultants, o su designado, y están sujetos al siguiente programa de beneficios:

- Pagos de beneficios para viajes se limitan a un máximo anual de \$3,500 para todos los tratamientos relacionados.
- Beneficios para viajes incluye reembolso por gastos de transporte público, reembolso por gastos de hotel/motel y reembolso razonable por comidas.
- Beneficios para viajes no está sujeto a un deducible y se paga al 100% hasta el beneficio máximo anual

Programa de beneficios para viajes

Cómo usar este beneficio

Debe realizar una solicitud de aprobación previa de estos beneficios a Medical Rehabilitation Consultants. Puede obtener el formulario de autorización previa para viajes llamando al Fondo. Su solicitud será revisada en función de la necesidad médica del tratamiento que se brinda. Luego le notificarán por teléfono sobre la aprobación o desaprobación de la asignación de transporte.

Al finalizar su viaje, todos los recibos relacionados con el viaje deben enviarse al Fondo en un formulario de gastos de viaje para su reembolso. Tenga en cuenta que se requieren pases de abordaje para transporte aéreo.

Todos los recibos de viaje deben estar en la papelería oficial de la compañía e incluir la fecha en que se incurrieron los gastos, una descripción de cada gasto y el costo de cada gasto. No se aceptarán recibos de caja registradora.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios, contacte el Fondo al 844-427-8501.

Llame a Medical Rehabilitation Consultants para solicitar autorización previa al (800) 827-5058.

Conozca:

- ▶ Lo que usted paga por sus medicamentos recetados cubiertos.
- Cómo el límite de gastos fuera de su bolsillo lo protege de los medicamentos recetados de alto costo.
- Cómo puede ahorrar dinero al usar medicamentos genéricos con receta.
- Qué tipos de medicamentos con receta cubre el Plan.
- ➤ Los límites en la cantidad de un medicamento cono receta que puede conseguir de una sola vez.
- Qué es la farmacia de pedidos por correo y cómo usarla.
- > Qué es la farmacia de pedidos especializados y cuándo debe usarla.
- > Qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos.

Quién es elegible

El programa de medicamentos con receta es para empleados elegibles y dependientes, así como para empleados jubilados y dependientes que no son elegibles para Medicare.

El Plan ha realizado un contrato con CVS Caremark para administrar sus beneficios de medicamentos con receta.

Caremark National Network es el proveedor preferido. Si utiliza los servicios de una farmacia participante de Caremark National Network, el costo de su prescripción puede ser menos, lo que significa que paga una cantidad menor. Para obtener una lista actual de farmacias participantes, comuníquese con CVS Caremark al (866) 818-6911 o www.caremark.com.

Cuando utiliza una farmacia que no forma parte de la red Caremark National Network (proveedores preferidos), deberá pagar el costo total del medicamento cubierto al momento de la compra. Luego debe presentar un reclamo a Caremark para reembolso; además, la cobertura del Plan será menos de lo que hubiera sido en una farmacia participante de National Caremark Network.

Lo que usted paga

Usted debe pagar el monto aplicable de coseguro y copago que se muestra a continuación por cada abastecimiento de un medicamento con receta. También debe pagar los gastos que no se consideran gastos cubiertos (*consulte la página D-60*) para obtener información sobre los gastos excluidos, incluyendo los montos superiores al cargo permitido.

Beneficios de medicamentos con receta Gold Plan	Su Copago por Cada Abastecimiento o Reabastecimiento
Límite de gastos fuera de su bolsillo	\$2,350 por persona/\$4,700 por familia
Recetas médicas o suministros preventivos, <i>(consulte la página K-17)</i> , incluyendo inmunizaciones	Sin cargo
Medicamentos genéricos con receta	30% Coseguro (\$5 mínimo)
Medicamentos orales para la diabetes, insulina y suministros.	\$5 Copago minorista/ \$10 Copago por correo
Medicamentos de marca con receta	30% Coseguro (\$5 mínimo)
Medicamentos especializados y biosimilares con receta	30% Coseguro (\$5 mínimo)
Pedidos por Correo	30% Coseguro (\$10 mínimo)
Beneficios de medicamentos con receta Silver Plan	Su Copago por Cada Abastecimiento o Reabastecimiento
Límite de gastos fuera de su bolsillo	\$2,350 por persona/\$4,700 por familia
Recetas médicas o suministros preventivos, <i>(consulte la página K-17)</i> , incluyendo inmunizaciones	Sin cargo
Medicamentos genéricos con receta	40% Coseguro (\$5 mínimo)
Medicamentos orales para la diabetes, insulina y suministros.	\$5 Copago minorista/ \$10 Copago por correo
Medicamentos de marca con receta	40% Coseguro (\$5 mínimo)
Medicamentos especializados y biosimilares con receta	40% Coseguro (\$5 mínimo)
Pedidos por Correo	40% Coseguro (\$10 mínimo)
Beneficios de medicamentos con receta Bronze Plan	Su Copago por Cada Abastecimiento o Reabastecimiento
Límite de gastos fuera de su bolsillo	\$2,350 por persona/\$4,700 por familia
Recetas médicas o suministros preventivos, <i>(consulte la página K-17)</i> , incluyendo inmunizaciones	Sin cargo
Medicamentos genéricos con receta	50% Coseguro (\$5 mínimo)
Medicamentos orales para la diabetes, insulina y suministros.	\$5 Copago minorista/ \$10 Copago por correo
Medicamentos de marca con receta	50% Coseguro (\$5 mínimo)
Medicamentos especializados y biosimilares con receta	50% Coseguro (\$5 mínimo)
Pedidos por Correo	50% Coseguro (\$10 mínimo)

Los medicamentos y suministros en el formulario son seguros, efectivos y de alta calidad. Medicamentos con Receta y los suministros pueden ser agregados o eliminados del formulario de vez en cuando. Comuníquese con Caremark al (866) 818-6911 si usted o su proveedor de atención médica tienen preguntas sobre qué medicamentos con receta y suministros están en el formulario.

A menos que su proveedor de atención médica requiera un medicamento de marca, la receta médica se abastecerá con el medicamento equivalente genérico cuando esté disponible y lo permita la ley.

Límite de gastos fuera de su bolsillo para medicamentos con receta

Sus copagos y coseguro por medicamentos con receta comprados a través del beneficio de medicamentos con receta están limitados a \$2,350 por persona cada año (\$4,700 por familia) Una vez que sus copagos y coseguro por medicamentos con receta sumen un total de \$2,350 (\$4,700 por los copagos y coseguro por medicamentos con receta para su familia), el Plan pagará el 100% por sus medicamentos con receta y suministros cubiertos (o los de su familia) durante el resto del año.

Los montos que usted pague por medicamentos con receta o suministros que no están cubiertos, no cuentan hacia su Límite gastos fuera de su bolsillo. Solo sus copagos y coseguro por medicamentos con receta o suministros cubiertos aplican a su límite de gastos fuera de su bolsillo de \$2,350 (límite de \$4,700 para su familia) Los gastos fuera de su bolsillo que usted paga por atención médica o atención dental no aplicarán hacia los límites de gastos fuera de su bolsillo para medicamentos con receta. Se aplica un límite de gastos fuera de su bolsillo por separado a los beneficios de atención médica (*Consulte la página D-9*).

Política para medicamentos genéricos con receta

Si usted o su proveedor eligen un medicamento de marca con receta cuando podría obtener un equivalente genérico en su lugar, usted pagará la diferencia en costo entre el medicamento de marca con receta y el equivalente genérico. Por ejemplo, si usted está en el Bronze Plan y el medicamento de marca con receta cuesta \$80, y el costo del Fondo para el equivalente genérico es de \$30, el plan paga el 50% del costo del genérico ó \$15 y usted debe pagar la diferencia de \$65.

La política de medicamentos genéricos con receta no se aplica a ciertos medicamentos con receta que necesitan ser monitoreados de cerca, o si cambios muy pequeños en la dosis pueden ser perjudiciales. Los medicamentos con receta que no están sujetos a la política de medicamentos genéricos con receta cambian de vez en cuando. Puede obtener información actualizada llamando a CVS Caremark. Usted o su proveedor de atención médica pueden llamar a CVS Caremark al (866) 818-6911 para obtener más información sobre la política de medicamentos genéricos con receta médica.

Qué está cubierto

El Plan paga beneficios únicamente por los siguientes tipos de gastos:

- Medicamentos con receta aprobados por la FDA que pueden ser adquiridos legalmente sólo con una receta médica escrita de un proveedor de atención médica. Esto incluye anticonceptivos orales e inyectables, vitaminas y medicamentos mezclados a pedido por un farmacéutico, si contiene al menos una sustancia medicinal y un medicamento con receta.
- Insulina y tiras de pruebas para diabéticos.
- Jeringas y agujas desechables, y lancetas.
- Medicamentos recetados y suministros que son de atención médica preventiva (Consulte la página K-17).
- Servicios y suministros de atención médica preventiva sin receta (venta libre), incluyendo inmunizaciones (Consulte la página K-17).

Una Red de Vacunación minorista más amplia

Inmunizaciones y vacunas cubiertas ya están disponibles en muchas de las farmacias preferidas de la red. Los servicios por rango de edad y vacunas pueden variar según la ubicación. Consulte con su farmacia local sobre los tipos de servicios ofrecidos y si se necesita una cita.

Autorización previa

Para autorización previa, llame a CVS Caremark al (866) 818-6911.

Si su proveedor de atención médica prescribe ciertos medicamentos, él o ella necesitarán proporcionar sus registros médicos para confirmar si el medicamento recetado es clínicamente apropiado para su situación médica. La lista de medicamentos con receta que requieren autorización previa cambia de vez en cuando. Para obtener una lista de medicamentos en la lista de autorización previa llame a CVS Caremark al (866) 818-6911.

También se requiere autorización previa para cualquier medicamento con receta para el cual la U.S. Food and Drug Administration (FDA por sus siglas en inglés) esté revisando por riesgos graves conocidos o potenciales bajo una estrategia de evaluación y mitigación de riesgos.

Medicamentos compuestos

Los medicamentos compuestos son formulaciones ad-hoc mezcladas por un farmacéutico que a menudo contienen múltiples ingredientes. Estas mezclas no están aprobadas por la FDA, aunque los componentes individuales pueden estarlo. Algunos medicamentos compuestos pueden ser costosos con una efectividad cuestionable. Se requiere autorización previa para cualquier medicamento compuesto que cueste más de \$500.

Consulte la página E-6 para obtener información sobre cómo apelar una solicitud de autorización previa y para apelar una denegación de beneficios de medicamentos con receta.

Medicamentos especializados

Los medicamentos especializados a menudo comparten las siguientes características: son de alto costo, requieren requisitos únicos de almacenamiento o envío, pueden requerir la cooperación del paciente y/o monitoreo de seguridad, podrían resultar en un desperdicio significativo debido a los altos costos y generalmente se recetan para condiciones complejas tales como esclerosis múltiple, artritis reumatoide y cáncer, entre otras.

Los medicamentos especializados requerirán autorización previa. El proveedor que emite la receta primero debe enviar un formulario de solicitud de autorización previa a CVS Caremark. Después de entregar el formulario de solicitud de autorización previa, CVS Caremark notificará a su proveedor si la solicitud ha sido aprobada. Si la solicitud ha sido denegada, CVS Caremark describirá sus derechos de apelación.

Los medicamentos especializados también se limitarán a un abastecimiento, un suministro de 30 días por mes. Es posible que se requiera una prueba y error de uno o más pre-requisitos de medicamentos especializados preferidos antes de cubrir los medicamentos especializados no preferidos.

Límites de abastecimiento y reabastecimiento

Límites de cantidad

Cada abastecimiento o reabastecimiento de recetas está limitado a la cantidad recetada por su proveedor de atención médica. Sin embargo, una receta abastecida en una farmacia minorista no se abastecerá por un suministro de más de 30 días a la vez (puede obtener reabastecimientos hasta la cantidad total que le recete su médico). Sin embargo, si compra más de un suministro de 30 días en el mismo día, no se cubrirá ningún gasto que exceda el límite de suministro. Si su médico le receta medicamentos de mantenimiento, pídale a su médico que escriba dos recetas:

- El primero para sus necesidades inmediatas; y
- El segundo para que lo envíe al programa de pedidos por correo. Si utiliza la farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro de hasta 90 días a la vez.

Para reabastecimiento de recetas de pedidos por correo, llame a CVS Caremark al (866) 818-6911 o visite www.caremark.com. Tenga a mano su número de receta médica y una tarjeta de crédito.

Si compra más de un suministro de 90 días en el mismo día, no se cubrirán los gastos que excedan el límite de suministro.

Excepciones a los límites de cantidad estándar

Existen ciertos medicamentos con receta que muchos proveedores prescriben a dosis más altas (por ejemplo, más píldoras tomadas de una vez o más a menudo durante el día) que las aprobadas por la FDA. La cobertura de estos medicamentos con receta se limitará a un suministro de 30 días. Para ayudar a protegerlo a usted y a su familia, en estas situaciones usted puede obtener un suministro menor de un medicamento con receta de lo que se permite usualmente.

Usted o su proveedor de atención médica pueden solicitar información sobre estos límites de cantidad. Su proveedor de atención médica también puede llamar para obtener una excepción a estas reglas. Usted puede contactar a CVS Caremark al (866) 818-6911 o visite www.caremark.com.

D

Beneficios de medicamentos con receta

Programa de servicio por correo

Puede ahorrar dinero utilizando el programa de pedido por correo de CVS Caremark. Si necesita un medicamento con receta para tratar una condición crónica de salud a largo plazo, puede solicitar estos medicamentos con receta a través del servicio de pedidos por correo. Debido a que los precios a través del servicio de pedidos por correo son generalmente más bajos que los precios minoristas, el monto que usted paga también es generalmente más bajo. Puede obtener un suministro de hasta 90 días de su medicamento con receta (a veces llamado medicamentos con receta de "mantenimiento"). Si desea comenzar a recibir sus medicamentos con receta a través del servicio de correo, elija una de las opciones que se enumeran a continuación:

- Llame a CVS Caremark a uno de los siguientes números:
 - > Servicio al Cliente al 1-866-818-6911
 - ➤ El programa FastStart de Caremark para servicio de correo al 1-866-239-4543 o 1-800-875-0867
- CVS Caremark se comunicará con su médico en su nombre. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación, la información de contacto del médico, la información de la receta médica y el método de pago listos para el representante.
- Pídale a su médico que envíe una receta al Servicio de Correo CVS Caremark para medicamentos de mantenimiento una vez que su médico haya determinado la dosis más adecuada para usted. Su médico puede llamar por teléfono, enviar un fax o prescribir electrónicamente al servicio por correo.
- Envíe una receta médica de 90 días y un formulario de pedido de servicio por correo (disponible en línea en www.caremark.com) a CVS Caremark. Espere al menos dos semanas a partir del día en que envía su pedido para la entrega de su medicamento. Si elige esta opción, solicite a su médico un suministro de 30 días que pueda abastecer en una farmacia minorista mientras espera el programa de servicio por correo.

Si compra más de un suministro de 90 días en el mismo día, no se cubrirán los gastos que excedan el límite de suministro.

Lo que no está cubierto

Consulte la página I-2 para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Además de esa lista, los tipos de tratamientos, servicios y suministros de medicamentos con receta a continuación no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta:

- Los medicamentos que se han determinado bajo los estándares internos de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) como "menos que efectivos" de acuerdo con la Implementación del Estudio de Eficacia de Medicamentos (DESI por sus siglas en inglés)
- Medicamentos con receta que no han sido aprobados por la FDA. Sin embargo, usted o su profesional de atención médica pueden solicitar una excepción a través del programa de autorización previa de CVS.
- Drogas experimentales o de investigación.
- Medicamentos para la fertilidad.
- Recetas o reabastecimientos en cantidades superiores a los límites (consulte la página D-58).
- Antihistamínico no sedativo.
- Medicamentos con receta que tienen un equivalente de venta libre o que están disponibles sin receta médica (a menos que los medicamentos o suministros sean para atención médica preventiva—(consulte la página K-17). Sin embargo, los medicamentos con receta que tienen una dosis más alta que sus equivalentes de venta libre estarán cubiertos.
- Cualquier medicamento con receta que se considere un medicamento con receta para el estilo de vida (lifestyle drugs). Los medicamentos con receta para el estilo de vida no están destinados principalmente a prevenir, tratar o curar una enfermedad o controlar el dolor. Los ejemplos de medicamentos para el estilo de vida incluyen, entre otros, los medicamentos recetados que se usan para tratar la disfunción eréctil, el acné o las arrugas. El Fondo o su representante determina si un medicamento con receta se considera un medicamento con receta para el estilo de vida. Comuníquese con CVS Caremark al (866) 818-6911 o www.caremark.com.
- Cualquier medicamento con receta que no son auto-administrados, es decir, un medicamento recetado que no puede administrarse a sí mismo. Sin embargo, este tipo de medicamento con receta puede estar cubierto bajo los beneficios médicos.
- Medicamentos con receta nuevos en el mercado hasta que el Fondo o su representante haya revisado y aprobado el medicamento.
- Medicamentos con receta "me-too" (aparentemente nuevos) de alto costo, a menos que el Fondo o su representante apruebe la compra del medicamento recetado. Los medicamentos del tipo "me-too" usualmente tienen pequeñas diferencias en la forma en que funcionan, pero se consideran como medicamentos con receta "nuevos" sin equivalente genérico. A menudo, el fabricante cobra precios altos por estos medicamentos con receta a pesar de que hay otros

medicamentos con receta disponibles que funcionan igual de bien por un costo menor. Puede averiguar si un medicamento con receta "me-too" está cubierto contactando al Fondo *(consulte página A-4)*.

- Glucómetros. Puede obtener un glucómetro gratuito llamando a Servicio al Cliente al 1-866-818-6911.
- Rogaine y otros medicamentos para prevenir la caída del cabello.
- Medicamentos utilizados, consumidos o administrados en el lugar donde se dispensan, aparte de las inmunizaciones. (Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo sus beneficios médicos.)
- Medicamentos para los cuales debe usar el programa de administración de casos (case management program) si no participa en el programa. El Fondo o su representante designado tiene la autoridad exclusiva para determinar si una persona participa o no en el programa de Administración de casos.
- Diagnósticos o productos biológicos, que no sean tirógenos.
- Medicamentos utilizados por razones estéticas.

Coalition Health Center

Conozca:

- > Qué es el Centro de Salud Coalition Health Center.
- > Qué tipos de atención médica puede recibir.

Coalition Health Center

El centro de salud, Coalition Health Center, proporciona atención primaria y preventiva básica y manejo de afecciones crónicas. El Coalition Health Center trata a pacientes de cinco años en adelante en Anchorage y mayores de dos años en Fairbanks.

Los empleados y dependientes elegibles pueden acceder a una atención de calidad y lograr tranquilidad financiera. Los proveedores de atención primaria de Coalition Health Center se enfocan en el tratamiento de lesiones y enfermedades, prevención de enfermedades, promoción de la salud, educación del paciente y manejo de enfermedades crónicas.

Coalition Health Center

Página web www.coalitionhealthcenter.com

Lo que usted paga

No hay ningún cargo por los servicios recibidos en los centros de salud Coalition Health Centers.

Servicios de Atención preventiva

- Exámenes de dolor de garganta y oído
- Lesiones y procedimientos quirúrgicos menores
- Exámenes físicos
- Dolores de cabeza
- Detección, tratamiento y manejo de enfermedades crónicas
- Erupciones cutáneas y alergias
- Problemas de tos o sinusitis
- Exámenes de Bienestar para la mujer y de Bienestar para el hombre
- Inmunizaciones
- Laboratorios realizados allí mismo
- Dispensario de medicamentos con receta médica

Esta lista no incluye todos los servicios. Por favor contacte a Coalition Health Center para más información.

Anchorage: (907) 264-1370 Fairbanks: (907) 450-3300

Citas

Las citas son necesarias durante el horario normal de trabajo. Pacientes sin cita previa son bienvenidos para enfermedades y lesiones inesperadas solo de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes.

Ubicaciones de Coalition Health Center:

Anchorage (edad mínima del paciente: 5 años de edad)

2741 Debarr Road, Suite C210 Anchorage, AK 99508 (907) 264-1370

Horario de oficina

Lunes a viernes

- Con cita: 7:30 a.m. 6:30 p.m.
- Sin cita: 8:30 a.m. 4:30 p.m. (Solo necesidades agudas/inesperadas)

Sábado

• Solo con cita: 8:00 a.m. - 2:00 p.m. (Cita el mismo día según disponibilidad)

Fairbanks (edad mínima del paciente: 2 años de edad)

Ridgeview Business Park 575 Riverstone Way, Unit 1 Fairbanks, AK 99709 (907) 450-3300

Horario de oficina

Lunes a viernes

- Con cita: 7:30 a.m. 6:30 p.m.
- Sin cita: 8:30 a.m. 4:30 p.m. (Solo necesidades agudas/inesperadas)

Sábado

• Solo con cita: 8:00 a.m. - 2:00 p.m. (Cita el mismo día según disponibilidad)

Conozca:

- > Lo que usted paga por la atención médica.
- > Qué tipos de servicios de atención médica puede recibir.

El Programa de bienestar y atención menor se proporciona adicionalmente a su plan médico y se ofrece a través de Primary Care Associates. Este programa es para empleados activos y sus dependientes, así como para participantes jubilados que aún no son elegibles para Medicare. Los participantes retirados elegibles para Medicare no son elegibles para este beneficio. Usted no está obligado a utilizar el Programa de bienestar y atención menor. Sin embargo, le proporciona servicios que normalmente no están cubiertos por el Plan médico. Además, al usar este programa, puede pagar menos en gastos fuera de su bolsillo, reducir su tiempo de espera y eliminar los formularios de reclamo.

Lo que usted paga

Usted paga un copago de \$20 por persona por visita, excepto por los beneficios de atención médica preventiva, que tiene un copago de \$0. No hay coseguro ni deducible. El pago se hace al momento del servicio. No tiene que completar un formulario de reclamo. Los copagos se aplicarán a su límite de gastos fuera de su bolsillo PPO.

Servicios Clínicos Cubiertos

Cuidado de rutina y menor

La cobertura incluye el tratamiento de afecciones como:

- Resfriados:
- Gripe (influenza);
- Enfermedad menor o accidente;
- Atención médica general menor; y
- Radiografías o pruebas de laboratorio

Beneficios para cuidados preventivos

Los beneficios de atención médica preventiva recomendados se pagarán al 100% y no se aplicarán copagos, deducibles ni coseguros. La atención preventiva se define según la ley federal como:

- Artículos o servicios basados en evidencia con una calificación de A o B en la recomendación actual de la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force).
- Inmunización para usos rutinarios en niños, adolescentes y adultos con una recomendación del comité asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control de Enfermedades.
- Con respecto a los bebés, niños, adolescentes y mujeres, la atención preventiva basada en evidencia y las evaluaciones incluidas en las pautas respaldadas por la administración de Recursos y Servicios de Salud.

Las mamografías preventivas anuales están disponibles para empleados y cónyuges. Se pueden hacer en un hospital local. Cuando visite una clínica de Primary Care Associates, se le dará un aviso de referencia para que lo lleve al hospital para obtener la mamografía.

Después de su examen físico y/o pruebas, se puede hacer una referencia a un médico de su elección para analizar los hallazgos.

Cuidados preventivos para niños

Exámenes físicos para niños de 2 años en adelante, incluidos exámenes físicos para deportes y vacunas para niños, tales como:

- Viruela
- Tétanos
- Paperas

- Polio
- Tifoidea
- Rubéola

- Difteria
- Sarampión
- Varicela

Si la clínica le brinda servicios que no están cubiertos específicamente bajo el programa de bienestar y atención menor, los cargos asociados podrían presentarse según el Plan médico y se aplicarán las disposiciones del Plan médico. Los expedientes médicos, incluyendo las radiografías y los resultados de las pruebas de laboratorio, se enviarán a su médico habitual.

Si tiene preguntas sobre lo que cubre el Programa de Bienestar y Atención Menor, comuníquese con la clínica Primary Care Associates para solicitar información. Puede contactarlos de la siguiente manera:

> Anchorage: (907) 563-4006, (907) 345-4343, ó (907) 562-1234

Eagle River: (907) 694-7223

Lo que no está cubierto

- Accidentes o enfermedades laborales;
- Tratamiento para bebés menores de un año;
- Exámenes de mantenimiento de salud para niños menores de dos años;
- Tratamiento para abuso de sustancias;
- Tratamiento para condiciones crónicas; o
- Gastos cubiertos por Medicare.

Citas

Para el tratamiento que no es de emergencia, se prefieren las citas pero no son requeridas. Por favor llame a cualquiera de las clínicas para hacer una cita. Cuando llegue a su cita, dígale a la recepcionista que está cubierto por el plan Alaska HERE.

Primary Care Associates

El Programa de Bienestar y atención menor se brinda a través de Primary Care Associates en sus clínicas en Anchorage y Eagle River:

Para citas programadas:

4100 Lake Otis Parkway, Suite 322 Anchorage, AK 99508 (907) 562-1234

Para servicios sin cita previa:

4100 Lake Otis Pkwy, Suite 100 Anchorage, AK 99508 (907) 563-4006

12350 Industry Way, Suite 160 Anchorage, AK 99515 (en la esquina de Huffman y Old Seward) (907) 345-4343

17101 Snowmobile Lane, Suite 102 Eagle River, AK 99577 (907) 694-7223

Beneficios dentales

Conozca:

- > Lo que usted paga por su cobertura de atención dental.
- > Cuáles son los beneficios máximos.
- Qué tipos de atención dental cubre el plan.
- Cómo averiguar cuánto le costará su atención dental antes de recibir tratamiento.
- > Qué tipos de atención dental no están cubiertos.

Beneficios dentales

El plan dental es solo para empleados activos. No se brinda cobertura para dependientes o participantes jubilados. Esta parte del SPD resume sus beneficios dentales.

Beneficios dentales			
Deducible por año calendario	\$50		
Máximo por año calendario	\$1,000		
Coseguro	50%*		
Examen oral periódico	\$0 Copago*		
La mayoría de radiografías	\$0 Copago*		
Limpieza periódica regular (profilaxis de adultos o niños): hasta 2 en total por persona cada año	\$0 Copago*		

^{*} Los servicios recibidos serán cubiertos hasta el Cargo Usual y Habitual (UCC por sus siglas en inglés). Cualquier monto por encima del UCC no estará cubierto y es posible que reciba una factura de saldo del proveedor.

Revisión anticipada de reclamos

La revisión anticipada de reclamos lo ayuda a determinar los gastos fuera de su bolsillo antes de autorizar a su dentista a completar un plan de tratamiento recomendado. Si el tratamiento comienza antes de la revisión anticipada de la reclamación, usted puede tener gastos fuera de su bolsillo imprevistos.

Antes de comenzar el tratamiento dental donde se espera que los cargos sean de \$ 400 o más, debe presentarse al Plan una descripción del tratamiento propuesto, incluyendo el material de verificación, como radiografías, informes escritos y cargos. Luego, el Plan determinará los beneficios estimados pagaderos y le proporcionará a usted y a su dentista un estimado de costo impreso.

El curso de tratamiento es un programa planificado que involucra una o más visitas y/o dentistas para el tratamiento de una afección dental diagnosticada por el dentista tratante como resultado de un examen oral. El curso del tratamiento comienza en la fecha en que el dentista presta un servicio por primera vez para corregir o tratar la afección dental diagnosticada.

Los tratamientos de emergencia, los exámenes orales que incluyen profilaxis y radiografías dentales se consideran parte de un curso de tratamiento; sin embargo, estos servicios pueden prestarse antes de que se realice una revisión anticipada del reclamo.

Lo que usted paga

Pagará el deducible y cualquier coseguro requerido por su cuidado dental. Muchos tipos de atención dental de rutina, como exámenes estándar y radiografías, pueden no tener coseguro ni copagos.

Usted también tendrá que pagar por cualquier atención dental que no se considere un gasto cubierto, incluyendo cualquier atención dental que reciba con más frecuencia de la permitida.

Qué está cubierto

Los gastos cubiertos son los cargos de su dentista por los servicios y suministros enumerados a continuación que cumplen con ambas pruebas siguientes:

- Son médicamente necesarios y se emplean habitualmente en todo el país para tratar la condición; y
- Son apropiados y cumplen con los estándares nacionales de calidad reconocidos profesionalmente.

Cuando hay dos o más alternativas para tratar una afección, los gastos cubiertos se limitarán a los criterios médicamente necesarios, habituales y apropiados que se muestran arriba. Ver Limitaciones para tratamientos alternos, comenzando en la *página D-78*.

Existen límites sobre la frecuencia con la que se cubren ciertos servicios y suministros. si la cantidad de tiempo que se muestra a continuación no ha pasado desde la última vez que se prestó el servicio o suministro, es posible que deba pagar el 100% del costo. Siempre puede comunicarse con el Fondo para averiguar cuándo fue la última vez que recibió beneficios para un determinado servicio o suministro. Un límite de tiempo comienza en la fecha en que recibió el servicio o suministro por última vez. Los límites de tiempo se miden en meses o años consecutivos.

Los gastos dentales cubiertos incluyen:

- Exámenes orales de rutina, pero no más de dos veces en un año calendario;
- Profilaxis de rutina (limpieza y raspado de los dientes) por un dentista o higienista dental, pero no más de dos veces en un año calendario;
- Tratamiento con flúor por un dentista o higienista dental, pero no más de una vez en un año calendario;
- Radiografías dentales, pero no más de:
 - Una serie de radiografías de boca completa (hasta 14 radiografías intraorales y de mordidas (Bitewing)) en cualquier período de tres años calendario consecutivos; y
 - ➤ Cuatro radiografías suplementarias de mordida en un año calendario;
- Mantenedores de espacios;
- Extracciones;

Beneficios dentales

- Rellenos, que no sean de oro;
- Anestesia general administrada en relación con los servicios cubiertos cuando se cumplen los criterios;
- Procedimiento periodontal (tratamiento del hueso y tejido blando que rodea el diente);
- Procedimientos de endodoncia (procedimientos, como el trabajo del conducto radicular (root canal), utilizados para el tratamiento de la pulpa dental);
- Tratamiento de emergencia para el alivio del dolor dental, pero solo si ningún otro beneficio, aparte de las radiografías dentales, es pagadero bajo el Plan;
- La primera colocación de dentaduras postizas removibles totales o parciales, dentaduras postizas temporales o puentes fijos. Esto incluirá ajustes durante los seis meses posteriores a la colocación. La colocación debe ser necesaria como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales mientras está cubierto por el Plan. La dentadura postiza o el puente debe incluir el reemplazo de los dientes que se extrajeron. El Plan no pagará el reemplazo de las cordales (muelas del juicio);
- El reemplazo o la alteración de dentaduras postizas completas o parciales o puentes fijos que son médicamente necesarios debido a la cirugía oral:
 - ➤ Resultante de un accidente;
 - > Para el reposicionamiento de accesorios musculares; o
 - ➤ Para la extracción de un tumor, quiste, cresta o tejido redundante:
 - ➤ El reemplazo o la alteración deben completarse dentro de los 12 meses a partir del día de la cirugía;
- El reemplazo de una dentadura postiza completa que es médicamente necesaria debido a:
 - ➤ Cambio estructural dentro de la boca y cuando han transcurrido más de cinco años desde la colocación anterior; o
 - ➤ La colocación previa de una dentadura postiza inmediata o temporal cuando el reemplazo ocurre dentro de los 12 meses posteriores a la colocación de la dentadura postiza inmediata o temporal;
- Adición de dientes a, o reemplazo de, una dentadura postiza removible parcial o total existente o puente fijo, cuando:
 - ➤ El reemplazo o la adición son necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales adicionales; o
 - ➤ La dentadura postiza o el puente existente se colocaron al menos cinco años antes de su reemplazo;
- Incrustaciones, rellenos de oro y la primera colocación de coronas, incluidos accesorios de precisión para dentaduras postizas;

- El reemplazo de una restauración de corona cuando la corona original se colocó más de cinco años antes del reemplazo;
- Reparación o re-cementación de coronas, incrustaciones, puentes o dentaduras postizas. El plan incluirá el rehacer la base o revestimiento de las dentaduras postizas;
- El tratamiento de los trastornos craneomandibulares/temporomandibulares (TMJ por sus siglas en inglés) según lo aprobado por la Academia Estadounidense de Trastornos Craneomandibulares, incluyendo:
 - > Diagnóstico y registros de referencia
 - ➤ Modalidades de modificación del comportamiento;
 - > Reparación de un aparato; y
 - > Estabilización ortopédica.

Los servicios deben ser realizados por un dentista con licencia e incluye todos los suministros necesarios.

Antes de que el Plan considere cualquier beneficio, el Plan puede solicitar pruebas de pérdida, informes clínicos, gráficas y radiografías.

Limitaciones para tratamientos alternos

Los siguientes ejemplos ilustran las limitaciones del Plan cuando hay dos o más formas de tratar una afección.

Restauraciones de oro, porcelana de esmalte cocido, coronas y carillas (jackets): Si se puede restaurar un diente con un material como la amalgama y usted y el dentista seleccionan otro tipo de restauración, solo se cubrirán los cargos razonables apropiados para el procedimiento con amalgama o material similar.

Reconstrucción: Solo se cubrirán los cargos por procedimientos médicamente necesarios para eliminar la enfermedad oral y reemplazar los dientes faltantes. Aparatos o restauraciones médicamente necesario para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión se consideran opcionales y no están cubiertos.

Dentaduras postizas parciales: Si una dentadura postiza parcial de cromo fundido o acrílico restaurará un arco dental satisfactoriamente y usted y el dentista seleccionan un aparato más elaborado o de precisión, solo se cubrirán los cargos razonables apropiados para la dentadura postiza de cromo fundido o acrílico.

Dentaduras postizas completas: Si usted y el dentista deciden restauraciones personalizadas o técnicas especializadas en lugar de un procedimiento estándar, solo se cubrirán los cargos razonables apropiados para el procedimiento estándar.

Beneficios dentales después de que finaliza la cobertura

Los beneficios para dentaduras postizas, trabajos de puentes fijos, coronas o un procedimiento identificable que involucra un diente o su área inmediata de las encías se pagarán después de que finalice la cobertura si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- La pieza finalmente es instalada y entregada a más tardar 30 días después de que finalice la cobertura:
- Para una dentadura postiza, se deben haber tomado impresiones antes de que finalizara la cobertura; y
- Para cualquier otra pieza mencionado anteriormente, los dientes que servirán como retenedores o soporte, o que se están restaurando, deben haberse preparado completamente para recibir la pieza, y las impresiones deben haberse tomado antes de que finalizara la cobertura.

Estos beneficios están sujetos al máximo del año calendario para el año en que finalizó la cobertura y a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones de este Plan.

Lo que no está cubierto

El Plan no pagará por:

- Cualquier tratamiento, servicio o suministro a menos que se muestre bajo gastos dentales cubiertos;
- Tratamiento de dientes o encías con fines cosméticos, incluyendo la realineación de dientes;
- Gastos incurridos después de que finaliza la cobertura; sin embargo, el Plan pagará las prótesis (un reemplazo artificial de uno o más dientes naturales), incluyendo puentes y coronas, que se midieron y ordenaron antes de la fecha de la finalización de la cobertura. Debe recibir el dispositivo protético dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura;
- Las prótesis, incluyendo los puentes y las coronas, que comenzaron antes de la fecha en que quedó cubierto por este Plan;
- Rehacer el revestimiento o la base de una dentadura postiza menos de seis meses después de la primera colocación, y no mas de un revestimiento o rehacer la base en cualquier período de dos años;
- Reemplazo de prótesis perdidas o robadas;
- Reemplazo de prótesis menos de cinco años después del último reemplazo, excepto según lo dispuesto en gastos dentales cubiertos;
- Una nueva dentadura postiza o puente si la dentadura postiza o puente existente puede hacerse reparable;
- Cargos que usted no está obligado a pagar, incluyendo los cargos por servicios prestados por cualquier hospital u organización que normalmente no cobra si el paciente no tiene seguro hospitalario, quirúrgico, médico o dental;
- Cuidado, tratamiento, servicios o suministros de ortodoncia;
- Anestesia local o analgesia o su administración;
- Procedimientos, restauraciones o aparatos para cambiar la dimensión vertical o restaurar la oclusión (contacto apropiado entre dientes opuestos);
- Tablilla para la mordedura para usar por la noche;
- Implantes o servicios relacionados;
- Selladores;
- Cualquier gasto pagado total o parcialmente por cualquier otra disposición del Plan;
- Todo lo excluido en virtud de las Exclusiones y Limitaciones Generales; o
- Cualquier gasto que exceda los Cargos Usuales y Habituales.

Conozca:

- ▶ Lo que es su beneficio de seguro de vida.
- Cómo puede continuar su cobertura si está discapacitado.
- Cómo convertir su seguro de vida en una póliza individual si pierde la cobertura.
- ▶ Lo que es su beneficio de seguro de AD&D.
- Cómo informarle al Fondo sobre quién deberá recibir el beneficio si usted muere.
- Cómo presentar un reclamo por beneficios de seguro de vida o AD&D.
- ▶ Beneficios adicionales bajo los beneficios de seguro de vida y AD&D.

Los beneficios del seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) son solo para empleados elegibles. Dependientes y jubilados no son elegibles para beneficios de seguro de vida y AD&D.

Evento	Beneficio	Quien recibe
Seguro de vida	\$20,000	Su beneficiario
Seguro por muerte accidental y desmembramiento (monto completo)	Hasta \$20,000	Su beneficiario (si usted fallece)

Los beneficios de seguro de vida y AD&D se proporcionan bajo una póliza de seguro grupal emitida a UNITE HERE HEALTH por Dearborn National. Los términos y condiciones de su cobertura de seguro de vida y AD&D (la del empleado) están contenidos en un certificado de seguro. El certificado describe, entre otras cosas:

- Cuánta cobertura de seguro de vida y AD&D está disponible.
- Cuando los beneficios son pagaderos.
- Cómo se pagan los beneficios si usted no nombra a un beneficiario o si un beneficiario muere antes que usted.
- Cómo presentar un reclamo.

Los términos del certificado se resumen a continuación. Si hay un conflicto entre este resumen y el certificado de seguro, el certificado gobierna. Puede solicitar una copia del certificado de seguro comunicándose con el Fondo o con Dearborn National.

Beneficio de Seguro de vida

El beneficio de su seguro de vida es de \$20,000 y se pagará a su(s) beneficiario(s) si usted fallece mientras sea elegible para cobertura o dentro del período de 31 días inmediatamente después de haber terminado la cobertura.

Continuación si queda totalmente discapacitado

Si usted queda totalmente discapacitado antes de los 62 años de edad y mientras es elegible para la cobertura, sus beneficios de seguro de vida y AD&D continuarán si proporciona una prueba de su discapacidad total. Sus beneficios continuarán hasta la primera de las fechas siguientes:

- Su discapacidad total termina.
- No proporciona una prueba satisfactoria de discapacidad continua.
- Se niega a ser examinado por el médico elegido por UNITE HERE HEALTH.
- Cumple la edad de 70 años.

Con el fin de continuar con sus beneficios de seguro de vida, usted está totalmente discapacitado si se espera que una lesión o enfermedad le impida participar en cualquier ocupación para la cual está razonablemente calificado por educación, capacitación, o experiencia durante al menos 12 meses.

Debe proporcionar una solicitud de beneficios completada más una declaración del médico que establezca su discapacidad total. El formulario y la declaración del médico deben entregarse a UNITE HERE HEALTH dentro de los 12 meses posteriores al inicio de su discapacidad total. (Los formularios están disponibles en el Fondo). UNITE HERE HEALTH debe aprobar esta declaración y su formulario de discapacidad. También debe proporcionar una declaración escrita del médico cada 12 meses, o con la frecuencia que sea razonablemente necesaria según la naturaleza de la discapacidad total. Durante los primeros dos años de su discapacidad, UNITE HERE HEALTH tiene derecho a que un médico de su elección lo examine con la frecuencia que sea razonablemente necesaria. Después de dos años, los exámenes no pueden no ser más frecuentes que una vez al año.

Conversión a cobertura de seguro de vida individual

Si su cobertura de seguro finaliza y no califica para la continuación de discapacidad descrita anteriormente, puede convertir su cobertura de vida grupal en una póliza individual de seguro de vida completo al presentar una solicitud completa y la prima requerida a Dearborn National dentro del 31 días después de la fecha en que finaliza su cobertura bajo el Plan.

Las primas para la cobertura convertida se basan en su edad y la cantidad de seguro que seleccione. La cobertura de conversión entra en vigencia el día siguiente al período de 31 días durante el cual puede solicitar la conversión, si paga la prima requerida antes de esa fecha. Para obtener más información sobre la cobertura de conversión, comuníquese con Dearborn National.

Dearborn National 1020 31st Street Downers Grove, IL 60615 (800) 348-4512

Beneficio por enfermedad terminal

Si usted tiene una enfermedad terminal (una enfermedad tan grave que tiene una expectativa de vida de 24 meses o menos), su seguro de vida paga una suma global en efectivo equivalente al 75% del beneficio por muerte vigente el día en que se acepta la prueba por enfermedad terminal. El 25% restante de su beneficio por muerte se pagará a sus beneficiarios nombrados después de su fallecimiento.

Beneficios de muerte accidental y desmembramiento

Si usted muere o sufre de una pérdida cubierta durante el transcurso de 365 días de ocurrido un accidente mientras usted es elegible para cobertura, se pagarán los beneficios de seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) como se muestra a continuación.

Evento	Beneficio	Quien recibe
Muerte	\$20,000	Su beneficiario
Pérdida de ambas manos o pies.	\$20,000	Usted
Pérdida de la vista en ambos ojos	\$20,000	Usted
Pérdida de una mano y un pie	\$20,000	Usted
Pérdida de una mano o un pie	\$10,000	Usted
Pérdida de la vista en un ojo	\$10,000	Usted
Pérdida del dedo índice y pulgar en la misma mano	\$5,000	Usted

Exclusiones de AD&D

Los beneficios de seguro de AD&D no cubren las pérdidas causadas por:

- Cualquier enfermedad o dolencia de la mente o el cuerpo, y cualquier tratamiento médico o quirúrgico del mismo.
- Cualquier infección, excepto una infección de una herida accidental.
- Cualquier lesión auto infligida intencionalmente.
- Suicidio o intento de suicidio ya sea durante estado de cordura o demencia.
- Pérdidas causadas mientras está bajo la influencia de narcóticos u otras sustancias controladas, gases o humos.
- Un resultado directo de su intoxicación.
- Pérdidas causadas por participación activa en una revuelta o insurrección.
- Pérdidas causadas por guerra o un acto de guerra mientras sirve en el ejército.

Consulte su certificado para mayores detalles.

Beneficios adicionales del seguro por muerte accidental y desmembramiento

Los beneficios de seguro adicionales descritos a continuación se han agregado a sus beneficios de AD&D. Los términos y condiciones completos de estos beneficios de seguro adicionales están contenidos en un certificado puesto a disposición por Dearborn National. Si hay un conflicto entre estos aspectos destacados y el certificado, el certificado gobierna.

- Beneficio de Educación—Si usted tiene hijos en la universidad al momento de su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 3% del monto de su beneficio de seguro de vida, con un máximo de \$3,000. Los beneficios se pagarán por hasta cuatro años por hijo(a). Si tiene hijos en la escuela primaria o secundaria en el momento de su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio único de \$1,000. Deberá proporcionar prueba del estatus de dependencia. Consulte el certificado de cobertura para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo.
- Beneficio del cinturón de seguridad—Si usted estaba usando el cinturón de seguridad en el momento de un accidente que resulta en su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio igual al 10% del monto de su beneficio de seguro de vida, con un beneficio mínimo de \$1,000 y un beneficio máximo de \$25,000. Si no está claro que llevaba puesto el cinturón de seguridad en el momento del accidente, su cobertura adicional de AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- Beneficios de la bolsa de aire—Si usted estaba usando el cinturón de seguridad en el momento de un accidente que resulta en su muerte y se despliega una bolsa de aire, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio igual al 5% del monto de su beneficio de seguro de vida, con un beneficio mínimo de \$1,000 y un beneficio máximo de \$5,000. Si no está claro que la bolsa de aire se desplegó, su cobertura adicional de AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- **Beneficio de transporte**—Si muere a más de 75 millas de su hogar, su cobertura adicional de AD&D paga hasta \$5,000 para transportar sus restos a una morgue.

Nombramiento de un beneficiario

- Su beneficiario es la persona o personas que desea que Dearborn National pague si usted
 fallece. Los formularios de designación de beneficiarios están disponibles en el Fondo.
 Puede nombrar a cualquier persona que desee y puede cambiar de beneficiarios en cualquier
 momento. Sin embargo, las designaciones de beneficiarios solo serán efectivas cuando se reciba
 un formulario completado.
- Si usted no nombra un beneficiario, los beneficios por muerte serán pagados a sus familiares sobrevivientes en el siguiente orden: su cónyuge; sus hijos en partes iguales; sus padres en partes iguales, sus hermanos y hermanas en partes iguales; o su patrimonio. Sin embargo, Dearborn National puede pagar hasta los límites aplicables, a cualquier persona que pague los gastos de su entierro. El resto se pagará en el orden descrito anteriormente.
- Si un beneficiario no es legalmente competente para recibir el pago, Dearborn National puede realizar pagos al representante legal de esa persona.

Servicios adicionales

- Además de los beneficios descritos anteriormente, Dearborn National también ha puesto a
 disposición los siguientes servicios. Estos servicios no son parte de los beneficios asegurados
 provistos a UNITE HERE HEALTH por Dearborn National pero están disponibles a través
 de organizaciones externas que han contratado con Dearborn National. No tienen ninguna
 relación con UNITE HERE HEALTH o con los beneficios que proporciona.
- Preparación de testamentos en línea: la preparación de testamentos en línea le brinda la capacidad de crear un testamento fácil y rápidamente, sin costo. Los servicios de preparación de testamentos en línea son administrados por ComPsych, un importante proveedor de programas globales de asistencia para empleados.
- Servicios de Recursos para Beneficiarios—Los Servicios de Recursos para Beneficiarios están disponibles para los beneficiarios de una persona asegurada que fallece y para una persona asegurada que califica para el beneficio por enfermedad terminal. El programa combina asesoramiento de duelo, legal y financiero proporcionado por Bensinger, DuPont & Associates, una organización a nivel nacional que utiliza profesionales expertos en consejería de duelo, abogados con licencia y consejeros certificados de crédito al consumidor. Los servicios se brindan por teléfono, contacto en persona y referencias a recursos de soporte local.
- Servicios de recursos para viajes—Europe Assistance USA, Inc. brinda servicios médicos
 de emergencia y servicios relacionados las 24 horas para viajes a corto plazo a más de 100
 millas de su hogar. Los servicios incluyen: asistencia para encontrar un médico, transporte
 médicamente necesario y reemplazo de medicamentos o anteojos. Otros servicios de viaje no
 médicos también están disponibles. Europe Assistance USA, Inc. organiza y paga los servicios
 cubiertos hasta el máximo del programa.
- Comuníquese con el Fondo al 844-427-8501 cuando tenga preguntas sobre estos beneficios.

Beneficios de Beca de Fondos Especiales John Wilhelm

Conozca:

- > Quién es elegible para aplicar.
- Cómo aplicar.

Beneficios de Beca de Fondos Especiales John Wilhelm

Los Beneficios de Beca de Fondos Especiales de John Wilhelm ("Beneficio de beca") brinda una oportunidad para que usted y sus dependientes elegibles puedan obtener una educación universitaria en el campo de las ciencias de la salud en la Universidad de Nevada, Las Vegas ("UNLV").

Quién es elegible

Para ser considerado para este Beneficio de Beca, usted o sus dependientes elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Elegibilidad del Fondo -- usted debe:
 - ➤ Un empleado elegible actual que participa en un Plan de beneficios del Fondo y que tiene al menos 3 años continuos de participación histórica en el Plan (cualquier período de 36 meses consecutivos durante el cual un empleado elegible participó en un Plan de beneficios del Fondo o un plan que se incorporó con el Fondo); o
 - ➤ Un dependiente elegible de un empleado elegible actual como se describe anteriormente.
- Ser admitido formalmente como estudiante en UNLV y cursar estudios para obtener un título universitario en Salud Pública, Enfermería o una especialización en la Facultad de Ciencias de la Salud Aliadas;
- Tener un promedio de calificaciones acumulativo de 3.0 o más alto; y
- Estar inscrito como estudiante de pregrado a tiempo parcial o completo y tener una posición en la clase de junior o superior.

Cómo aplicar para el Beneficio de Beca

Usted o sus dependientes elegibles deben solicitar el Beneficio de la beca a través de la oficina de ayuda financiera y becas de UNLV completando una Solicitud gratuita de ayuda federal para estudiantes (Free Application for Federal Student Aid ("FAFSA")) y cualquier otro material de solicitud requerido.

- La FAFSA y cualquier otro material requerido deben completarse y enviarse a UNLV de acuerdo con los plazos de la universidad para cada año académico.
- Comuníquese con la Oficina de ayuda financiera y becas de UNLV para preguntas e información

Puede ir a www.unlv.edu/finaid/checklist o llamar al 702-895-3011 (presione opción 4).

¿Cómo se determinan el otorgamiento de Beneficios de Becas?

- El Fondo determinará la cantidad y el número de Beneficios de Becas que se asignan cada año académico.
- Dependiendo de varios factores, la cantidad de cada Beneficio de Beca otorgado y el número de Beneficios de Beca disponibles pueden ser diferentes cada año académico.

Beneficios de Beca de Fondos Especiales John Wilhelm

- El Fondo y UNLV verificarán el estatus de elegibilidad de cada empleado y dependiente que presente la solicitud.
- UNLV seleccionará los beneficiarios del Beneficio de la Beca. Se dará preferencia a los empleados elegibles y dependientes elegibles que demuestren necesidad financiera en la FAFSA y a beneficiarios anteriores de la beca. Todas las determinaciones con respecto a la concesión de becas se realizarán a discreción única e independiente de UNLV y serán definitivas y vinculantes para todos los empleados y dependientes elegibles. Todas las determinaciones específicamente relacionadas con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente en la sección titulada "Quién es elegible para la beca" se tomarán a la discreción única e independiente del Fondo y serán vinculantes para todos los empleados y dependientes.
- Los beneficiarios pueden volver a solicitar un Beneficio de Beca en los años siguientes, siempre que continúen cumpliendo con los criterios de Elegibilidad y permanezcan con en buenas relaciones con UNLV.
- Los solicitantes que no reciben un Beneficio de Beca siempre pueden volver a presentar una solicitud en los años siguientes.
- El Beneficio de la Beca se pagará únicamente con los "Beneficios de Beca de Fondos Especiales de John Wilhelm" en UNLV que ha sido establecida por UNITE HERE HEALTH.

Exclusiones y Limitaciones

- El Beneficio de la Beca no se pagará directamente al estudiante; se usará solo para la matrícula de UNLV.
- Los Beneficios de la Beca no cubren cursos para obtener títulos de posgrado en UNLV.
- Los Beneficios de Becas no están garantizados para cada año. No se otorgarán becas si no hay solicitantes calificados en un año en particular o si no hay suficientes fondos disponibles en el fondo de Becas Especiales.
- El pago solo se realizará por la parte de la matrícula que exceda cualquier otra ayuda financiera, como asistencia financiera pública o privada, becas, subsidios o subvenciones.
- Los Beneficios de Becas no se pueden usar para cubrir las tarifas de inscripción, las tarifas del cuerpo estudiantil, las tarifas de actividades, libros, suministros, equipos, herramientas, comidas, alojamiento, estacionamiento o transporte.

Derechos de apelación

• Si usted o sus dependientes elegibles reciben un aviso de denegación porque no cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo mencionado anteriormente en "Quién es elegible para la beca", puede apelar dicha determinación dentro de los 60 días posteriores a la recepción del aviso de denegación. *Consulte la página E-7*.

Conozca:

- > Cómo presentar un reclamo.
- > Cómo apelar un reclamo que ha sido denegado.

Comienzo de la acción legal.

Ni usted, ni su beneficiario ni ningún otro reclamante pueden iniciar una demanda contra el Plan (o sus Fideicomisarios, proveedores o personal) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Los procedimientos internos de apelación no incluyen su derecho a una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente ("IRO" por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act).

Si finaliza todas las apelaciones internas y decide presentar una demanda contra el Plan, dicha demanda debe iniciarse no más de 12 meses después de la fecha de la carta de rechazo de la apelación. Si no inicia su demanda dentro de este plazo de 12 meses, perderá de manera permanente e irrevocable su derecho a impugnar la denegación en la corte o de cualquier otra manera o foro. Esta regla de 12 meses se aplica a usted y a sus beneficiarios y a cualquier otra persona o entidad que presente un reclamo en su nombre.

No asignación de reclamos

Usted no puede asignar su reclamo por beneficios bajo el Plan a un proveedor que no pertenece a PPO (No-PPO) sin el consentimiento expreso por escrito del Plan. Un proveedor que no pertenece a PPO (No-PPO) es cualquier médico, hospital u otro proveedor que no está en una red PPO o red similar del Plan.

Esta regla aplica a todos los proveedores que no son proveedores PPO, y los proveedores no pueden cambiar esta regla o hacer excepciones por su cuenta. Si usted firma una asignación con un proveedor sin el consentimiento por escrito del Plan, no será válida ni ejecutable contra el Plan. Esto significa que un proveedor que no pertenece a PPO (No-PPO) no tendrá derecho a pago directamente del Plan y que usted puede ser responsable de pagar al proveedor por su cuenta y luego solicitar el reembolso de una parte de los cargos según las reglas del Plan.

Independientemente de esta prohibición de asignación, el Plan puede, a su exclusivo criterio y bajo ciertas circunstancias limitadas, optar por pagar directamente a un proveedor No-PPO por los servicios cubiertos que se le brinden. El pago a un Proveedor No-PPO en cualquier caso no constituirá una renuncia a ninguna de las reglas del Plan con respecto a los proveedores No-PPO, y el Plan se reserva todos sus derechos y defensas al respecto.

Presentación de reclamos (que no sean seguro de vida/AD&D)

Esta sección y la siguiente sección describen los pasos que puede seguir si su reclamo de beneficios es denegado, en su totalidad o en parte. Es importante que revise los límites de tiempo para presentar reclamos y apelaciones y asegúrese de cumplirlos.

En todos los casos, su reclamo de beneficios debe incluir toda la siguiente información:

- Su nombre.
- Su número de Seguro Social.
- Una descripción de la lesión, enfermedad, síntomas u otra condición en la que se basa su reclamo.

Un reclamo de beneficios de atención médica debe incluir cualquiera de la siguiente información que aplique:

- Diagnósticos.
- Fecha de servicio(s).
- Identificación de los servicios específicos prestados.
- Cargos incurridos por cada servicio(s).
- Nombre y dirección del proveedor.
- Cuando corresponda, el nombre de su dependiente, el número de Seguro Social y su relación con el paciente.

Todos los reclamos de beneficios deben hacerse como se muestra a continuación. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, comuníquese con el Fondo al **844-427-8501**.

Consulte la página E-9 para las reglas sobre la presentación de apelaciones de seguros de vida.

Reclamos por atención médica

Los proveedores de PPO generalmente presentarán el reclamo por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo por tratamiento hospitalario, médico o quirúrgico y reclamos dentales (por ejemplo, porque utilizó un proveedor que no es PPO), debe enviarlo a:

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 6020 Aurora, Illinois 60598-0020

Reclamos de medicamentos con receta

Si usa una farmacia participante, la farmacia debe presentar un reclamo por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo por un medicamento con receta comprado en una farmacia participante, debe enviarlo a:

CVS Caremark Customer Care Correspondence

PO Box 6590 Lee's Summit, MO 64064-6590

Todos los demás reclamos de beneficios

Cualquier reclamo por servicios o suministros denegados porque usted no es elegible o porque no cumplió con un pago o la fecha límite de solicitud, debe enviarse por correo a:

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 6020 Aurora, Illinois 60598-0020

Fecha límite para presentar reclamos

Solo se considerarán para el pago aquellos reclamos de beneficios que se presenten en el tiempo debido. Los reclamos por beneficios de atención médica, incluyendo los reclamos médicos/quirúrgicos, los reclamos por salud mental/abuso de sustancias, los reclamos dentales y los reclamos por medicamentos con receta, deben presentarse a más tardar 18 meses después de la fecha de servicio.

Para reclamos presentados después de los límites de tiempo mostrados arriba para ser aceptados por el Plan, debe haber una demostración de que el reclamo no pudo haberse presentado dentro de los límites de tiempo.

Quién puede presentar reclamos de beneficios

Usted o su representante autorizado pueden presentar un reclamo. Un cónyuge u otros representantes pueden actuar por usted si no puede hacerlo por razones de salud. Excepto para un reclamo de atención urgente, usted debe firmar un formulario aceptable para el Fondo indicando a quién usted desea asignar para que presente el reclamo por usted. Puede llamar al Fondo para obtener este formulario.

Reclamos incompletos

Si el Plan recibe un reclamo al que le falta información o no se presentó correctamente, el Plan le hará saber qué más necesita dentro de 24 horas para reclamos urgentes, dentro de 5 días para otros reclamos de pre-servicio, y dentro de los límites de tiempo descritos a continuación para reclamos post-servicio. Tenga en cuenta que los límites de tiempo para decidir un reclamo o apelación (en esta sección o en la siguiente) se extienden durante cualquier momento en que el Plan esté esperando información adicional que se le solicite. Siempre tendrá al menos 45 días (48 horas para reclamos urgentes) para proporcionar la información solicitada.

¿Cuándo se decidirá su reclamo?

Urgente	Reclamos Pre-Servicio	Reclamos Post-Servicio
dentro de 72 horas	15 días	30 días
(o 48 horas después de recibir la información faltante solicitada)	(más 15 días adicionales si el Plan le notifica la necesidad de tiempo adicional)	(más 15 días adicionales si el Plan le notifica la necesidad de tiempo adicional)

E-4

Para el tratamiento continuo, su reclamo se decidirá antes de finalizar su curso de tratamiento o dentro de las 24 horas cuando se deniegue su solicitud de extender el tratamiento continuo.

Los límites de tiempo anteriores son diferentes para diferentes tipos de reclamos, como se explica aquí:

- Un reclamo urgente es un reclamo pre-servicio donde cualquier demora pueda poner en grave peligro la vida o la salud del paciente, o la capacidad del reclamante para recuperar la función corporal máxima o causar dolor severo, y el reclamo indica que el reclamo es urgente.
- El reclamo pre-servicio es un reclamo para beneficios antes del tratamiento, pero únicamente cuando el Plan requiere autorización previa.
- Reclamos post-servicio son reclamos hechos después del tratamiento.
- Los reclamos de tratamientos continuas (concurrentes) ocurren cuando su curso de tratamiento es reducido o terminado por el Plan, o su solicitud de para extender el tratamiento es denegada, y será tratado como post-servicio, pre-servicio o urgente (según sea el caso) excepto como indicado.

Reclamos denegados

Si su reclamo es denegado, usted recibirá una notificación por escrito explicando por qué, instrucciones sobre cómo presentar una apelación y otra información necesaria.

Los formularios de apelación están disponibles en el sitio web del Fondo: www.uhh.org o llamando al 844-427-8501.

Presentación de apelaciones (que no sean seguro de vida y AD&D)

Si su reclamo por un servicio o suministro es rechazado total o parcialmente, puede presentar una apelación. Una apelación puede ser por cualquier servicio o suministro que el Plan no cubra por completo, como un reclamo procesado a tarifas que no son PPO, un rechazo de reclamo por un beneficio que no está cubierto por el Plan, un rechazo de elegibilidad o un rechazo porque la atención no cumplió con las pautas de administración de utilización del Plan.

Todas las apelaciones deben ser por escrito (excepto las apelaciones relacionadas con la atención de urgencia), firmadas y deben incluir el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento del reclamante y su número de Seguro Social (el del empleado). También debe proporcionar cualquier documento o registro que respalde su reclamo. Si está apelando una denegación de beneficios que califica como una solicitud de atención urgente o de emergencia, puede solicitar verbalmente una apelación urgente (acelerada) de la denegación llamando al **844-427-8501**. Toda la información necesaria puede enviarse por teléfono, fax o cualquier otro método razonablemente efectivo disponible.

Consulte la página E-9 para las reglas sobre la presentación de apelaciones de reclamos de seguro de vida y AD&D.

Dos niveles de apelación para denegaciones de autorización previa hechas por Medical Rehabilitation Consultants

Primer nivel de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de MRC de denegar la autorización previa de un beneficio médico/quirúrgico o de salud mental/abuso de sustancias, tiene dos oportunidades para apelar la decisión.

Una apelación de una denegación de autorización previa debe enviarse dentro de los 180 días en que recibió la negación del reclamo a:

Medical Rehabilitation Consultants

111 W. Cataldo Avenue, Suite #200 Spokane, WA 99201 www.medrehabconsultants.com

Segundo nivel de apelación. Si se confirma la denegación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo denegado, en su totalidad o en parte, después de su primera apelación) y usted aún cree que el reclamo debe pagarse, usted o su representante autorizado deben presentar una segunda apelación de una denegación de autorización previa dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que se confirmó la denegación de primer nivel a:

The Appeals Subcommittee UNITE HERE HEALTH

711 N. Commons Drive Aurora, Illinois 60504

Dos niveles de apelaciones para medicamentos con receta denegados realizados por CVS Caremark

Primer nivel de apelación. Si un reclamo de medicamentos con receta es denegado, incluyendo un reclamo de autorización previa, el reclamo tiene dos niveles de apelaciones. La primera apelación un reclamo denegado de medicamentos con receta debe enviarse dentro de los 180 días posteriores de recibir la carta de negación por parte de CVS Caremark a:

CVS Caremark Customer Care Correspondence

PO Box 6590 Lee's Summit, MO 64064-6590

Segundo nivel de apelación. Si se confirma la denegación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo denegado, en su totalidad o en parte, después de su primera apelación) y usted aún cree que el reclamo debe pagarse, usted o su representante autorizado deben presentar una segunda apelación dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que se confirmó la denegación de primer nivel a:

The Appeals Subcommittee UNITE HERE HEALTH

711 N. Commons Drive Aurora, Illinois 60504

Apelación para la mayoría de los otros reclamos

Si no está de acuerdo con la denegación total o parcial de un reclamo de atención médica o dental, y desea apelar la decisión, debe seguir los pasos de esta sección. Debe presentar una apelación dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de denegación del reclamo de atención médica a:

The Appeals Subcommittee UNITE HERE HEALTH

711 N. Commons Drive Aurora, Illinois 60504

El Appeals Subcommittee (Subcomité de Apelaciones) no aplicará el límite de presentación de 180 días cuando:

- No pudo, de forma razonable, presentar la apelación dentro del límite de presentación de 180 días debido a:
 - ➤ Circunstancias fuera de su control, siempre y cuando presente la apelación lo antes posible.
 - Circunstancias en las que el reclamo no se procesó de acuerdo con los requisitos de procesamiento de reclamos del Plan.
- El Appeals Subcommittee (Subcomité de Apelaciones) habría anulado la denegación de beneficios original en función de sus prácticas y políticas estándar.

Apelar pagos atrasados, contribuciones de dependientes tardías o solicitudes de cobertura tardías

Los Fideicomisarios han otorgado al Administrador del Plan la autoridad única y final para decidir todas las apelaciones por pagos atrasados o solicitudes tardías. Estas apelaciones son para:

- La negativa por parte de UNITE HERE HEALTH de aceptar auto-pagos (self-payments) realizados después de la fecha de vencimiento.
- Pagos y solicitudes tardías de COBRA para continuar la cobertura bajo las disposiciones de COBRA.
- Solicitudes tardías, incluyendo solicitudes tardías de inscripción para cobertura de dependientes.

E-7

Debe presentar su apelación dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que se rechazó el autopago tardío o la aplicación tardía. Envíe su aplicación de apelación por escrito a:

The Plan Administrator UNITE HERE HEALTH

711 N. Commons Drive Aurora, Illinois 60504-4197

¿Cuáles son sus derechos de apelación?

Durante una apelación, usted tiene el derecho de revisar ciertos registros del Plan que aplican a su apelación y a proporcionar registros e información adicional al Plan. Toda la información relevante será revisada. En ciertos casos, profesionales de la salud externos serán consultados. Todas las denegaciones de apelaciones explicarán porqué se denegó la apelación y proporcionarán otra información específica, incluyendo explicaciones médicas relevantes y derecho a presentar una demanda contra el Plan.

¿Cuándo se decidirá su apelación?

Urgente	Reclamos Pre-Servicio	Reclamos Post-Servicio
dentro de 72 horas	30 días	60 días

Los reclamantes en ciertas situaciones pueden solicitar una revisión externa independiente acelerada si:

- El reclamante recibe una determinación adversa de beneficios que involucra atención urgente y ha presentado una revisión interna acelerada; o
- El reclamante recibe una determinación final de beneficio interno adverso donde:
 - ➤ El período de tiempo para completar una revisión externa estándar (45 días) pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante o pondría en peligro la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima, o
 - ➤ La determinación se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o artículos o servicios de atención médica para una afección por la cual el reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de una instalación.

Muchos tipos de reclamos deben apelarse directamente a los grupos contratados que proporcionan ciertos servicios bajo el Plan. Su determinación de reclamo le informará cuando este sea el caso. También puede recibir una denegación de apelación de dicho grupo, explicando que se ha remitido automáticamente al Appeals Committee (Comité de Apelaciones) del Plan para una segunda revisión. En otros casos, debe presentar una solicitud por escrito para una segunda revisión por parte del Comité de Apelaciones. Cuando esto suceda, los tiempos enumerados anteriormente se dividen en dos - medio para cada una de las dos etapas de apelación.

Apelaciones externas (Organización de revisión independiente)

Una revisión externa solo está disponible para las apelaciones relacionadas con la rescisión o un juicio médico, incluyendo la necesidad médica, el nivel de atención o la determinación de si un tratamiento o procedimiento es experimental o de investigación. Cuando una persona elegible inicia una solicitud de apelación externa con una Organización de Revisión Independiente (IRO por sus siglas en inglés), el Plan proporcionará la información del reclamo, la documentación de los criterios de exclusión y cobertura del Plan y los criterios de revisión clínica a la IRO. Esta solicitud de apelación externa debe hacerse dentro de los cuatro meses posteriores a la decisión final de la apelación interna. Las solicitudes de apelación externa se asignarán y rotarán a una de al menos tres IRO seguidas para evitar sesgos de selección. La IRO transmitirá una decisión final al Plan dentro de los 45 días para revisiones estándar y dentro de las 72 horas para revisiones aceleradas. Se permiten revisiones aceleradas cuando los plazos de revisión estándar pondrían en grave peligro la vida o la salud de la persona.

Si la IRO revoca la decisión adversa de redeterminación del Plan, entonces el Plan proporcionará cobertura y/o pago del reclamo dentro de las veinticuatro horas posteriores a la notificación de la decisión de la IRO. Si la IRO confirma la decisión de redeterminación adversa, la IRO comunicará la decisión al Plan y a la persona elegible. El Plan proporcionará cartas de denegación con el motivo específico de la denegación y la información de contacto de HSS Office of Consumer Assistance (Oficina de Asistencia al Consumidor).

Excepción de apelación interna

En ciertas situaciones, si el Plan no sigue sus procedimientos de reclamo, se considerará que usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan, y puede buscar inmediatamente una revisión externa independiente o emprender acciones legales bajo la Sección 502(a) de ERISA. Tenga en cuenta que esta excepción no aplica si la falla del Plan es de minimis (por cuestiones menores); sin prejuicios; basado en una buena causa o asuntos más allá del control del Plan; parte de un intercambio de información de buena fe entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de incumplimiento del plan.

Si usted considera que el Plan infringió sus propios procedimientos internos, puede solicitar al Plan una explicación por escrito de la infracción. El Plan le proporcionará una respuesta en diez (10) días. Para utilizar esta excepción, usted debe solicitar una revisión externa o iniciar una acción legal a más tardar 180 días después de recibir la determinación adversa inicial.

Si la corte o el revisor externo rechaza su solicitud de revisión inmediata, el Plan le notificará (dentro de los 10 días estipulados) de su derecho a presentar una apelación interna. El límite de tiempo aplicable para que usted presente su apelación interna comenzará a correr cuando reciba esa notificación del Plan.

Presentación de reclamos y apelaciones de seguros de vida/AD&D

Las reglas para presentar y apelar denegaciones de reclamos para seguros de vida/AD&D se rigen por los contratos del Fondo con el proveedor, por lo que son diferentes de las otras reglas de reclamos y apelaciones.

Reclamos de seguro de vida y AD&D

Comuníquese con UNITE HERE HEALTH para presentar un reclamo de beneficios:

UNITE HEREHEALTH

P.O. Box 6020 Aurora, IL 60598-0020 **844-427-8501**

Después de que usted se ha comunicado con el Fondo sobre la muerte un empleado, el proveedor se comunicará con usted para completar el proceso de presentación de reclamos.

- No se aplican plazos de presentación para reclamos de beneficios de vida.
- Un reclamo de beneficios de seguro de vida o AD&D debe incluir una copia certificada del certificado de defunción.
- Para reclamos de AD&D, el proveedor debe recibir una notificación por escrito de su pérdida cubierta por AD&D dentro de los 31 días posteriores a su pérdida, o tan pronto como sea razonablemente posible. El proveedor debe recibir una prueba escrita de su pérdida dentro de los 90 días de la pérdida, o tan pronto como sea razonablemente posible. En general, el proveedor no pagará los reclamos presentadas más de un año después de la fecha de vencimiento de la prueba. Sin embargo, el proveedor puede extender este plazo de presentación de reclamos. Es posible que se apliquen otros plazos adicionales a sus beneficios de seguro AD&D: su certificado de seguro proporciona más información.

Las reglas de procesamiento de reclamos, los plazos y los procedimientos de apelación que debe seguir el proveedor se describen en el contrato con el proveedor. El proveedor generalmente responderá a su reclamo dentro de los 90 días (pero puede solicitar una extensión de 90 días). Puede presentar una apelación dentro de los 60 días de la decisión del proveedor. El proveedor generalmente responderá a su apelación dentro de los 60 días (pero puede solicitar una extensión de 60 días). Si tiene preguntas sobre cómo funciona el proceso de reclamos y apelaciones del proveedor, comuníquese con el Fondo al 844-427-8501.

Conozca:

➤ Cómo se pagan los beneficios si usted está cubierto por este Plan y otro(s) plan(es).

Las disposiciones de coordinación de beneficios del Plan solo aplican a beneficios médicos y beneficios dentales. No aplica ninguna coordinación de beneficios a los beneficios de medicamentos con receta y a los beneficios de seguro de vida o AD&D.

Si usted o sus dependientes están cubiertos por este Plan y también están cubiertos por otro plan de salud grupal, los dos planes coordinarán los pagos de beneficios. La coordinación de beneficios (COB por sus siglas en inglés) significa que dos o más planes pueden pagar una parte de los gastos permitidos. Sin embargo, los pagos de beneficios combinados de todos los planes no serán más del 100% de los gastos permitidos.

Este plan coordina los beneficios con los siguientes tipos de planes:

- Cobertura de seguro grupal, general (blanket) o de franquicia.
- Cualquier otra cobertura grupal, incluyendo los planes de fideicomiso de gestión laboral, los planes de beneficios de la organización de empleados o los planes de beneficios de la organización de empleadores.
- Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales o proporcionada por cualquier estatuto, excepto Medicaid.
- Cualquier póliza de seguro de automóvil (incluyendo la cobertura "sin culpa" (no fault)) que contenga disposiciones de protección contra lesiones personales.
- Este Plan no coordinará los beneficios con las Health Maintenance Organizations (HMO) (Organizaciones de Mantenimiento de Salud) ni reembolsará a una HMO por los servicios prestados.

¿Qué plan paga primero?

El primer paso para coordinar los beneficios es determinar qué plan paga primero (el plan primario) y qué plan paga segundo (el plan secundario). Si el Fondo es primario, pagará todos sus beneficios. Sin embargo, si el Fondo es secundario, los beneficios que hubiera pagado se utilizarán para complementar los beneficios provistos bajo el otro plan, hasta el 100% de los gastos permitidos. Comuníquese con el Fondo *(consulte la página A-4)* para obtener más información sobre cómo el Plan determina los gastos permitidos cuando es secundario.

Orden de pago

Las reglas generales que determinan qué plan paga primero se resumen a continuación. *(Consulte la página A-4)* cuando tenga alguna pregunta.

- Los planes que no contienen disposiciones COB siempre pagan antes que aquellos que los tienen.
- Los planes que tienen COB y cubren a una persona como empleado siempre pagan antes que los planes que cubren a la persona como dependiente.

- Los planes que tienen COB y cubren a una persona como empleado activo siempre pagan antes que los planes que cubren a la persona como empleado retirado o despedido.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes menores de 18 años cuyos padres no están separados, los planes que cubren al padre o madre cuyo cumpleaños cae antes en un año pagan antes de los planes que cubren al padre o madre cuyo cumpleaños cae más tarde ese año.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes menores de 18 años cuyos padres están separados o divorciados:
 - ➤ Los planes que cubren al padre o madre cuya responsabilidad financiera por los gastos de atención médica del niño es establecida por orden judicial pagan primero.
 - ➤ Si no hay una orden judicial que establezca la responsabilidad financiera, el plan que cubre al padre o madre con custodia paga primero.
 - ➤ Si el padre o madre con custodia se ha vuelto a casar y el niño está cubierto como dependiente bajo el plan del padrastro o madrastra, el orden de pago es el siguiente:
 - 1. El plan del padre o madre con custodia.
 - 2. El plan del padrastro o madrastra con custodia.
 - 3. El plan del padre o madre sin custodia.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los niños adultos dependientes de 18 años de edad y mayores bajo los planes de ambos padres, independientemente de si estos padres están separados o divorciados, o no separados o divorciados, el plan que cubre al padre o madre cuyo cumpleaños cae antes en un el año paga antes del plan que cubre al padre o madre cuyo cumpleaños cumple más adelante en el año, a menos que una orden judicial requiera una orden diferente.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos adultos dependientes mayores de 18 años bajo el plan de uno o más padres y también bajo el plan del cónyuge del hijo dependiente, el plan que haya cubierto al hijo dependiente por más tiempo pagará primero.

Si estas reglas no determinan el plan primario, el plan que ha cubierto a la persona durante el período de tiempo más largo paga primero.

COB y autorización previa

Cuando este Plan es secundario (paga sus beneficios después del otro plan) y se cumplen los requisitos de autorización previa o administración de utilización del plan primario, no se requerirá que usted o su dependiente cumplan con los requisitos de administración de utilización o autorización previa de este Plan. El Plan aceptará la autorización previa o las determinaciones de administración de utilización realizadas por el plan primario.

Reglas especiales para Medicare

Si usted tiene derecho a Medicare mientras está cubierto por el Plan, Medicare es secundario al Plan, excepto como se muestra a continuación:

- El plan es primario durante los primeros 30 meses en que una persona es elegible y tiene derecho a Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus siglas en inglés).
- Medicare es primario con respecto a cualquier cobertura bajo el Plan provisto para usted después de que termine el empleo (como la cobertura COBRA).
- Si usted es un empleado jubilado y usted y su cónyuge son elegibles para Medicare, Medicare siempre es su plan principal, y cualquier beneficio del Plan para jubilados solo estará disponible después de que Medicare haya procesado su reclamo.

Si usted tiene derecho a los beneficios de Medicare, el Plan pagará sus beneficios como si se hubiera inscrito tanto en la Parte A de Medicare (Beneficios hospitalarios) como en la Parte B (Beneficios del médico), incluso si no se ha inscrito en la Parte A y/o la Parte B. Si usted tiene derecho a Medicare pero no se inscribe en Medicare, deberá pagar el 100% de los costos que habría pagado Medicare si se hubiera inscrito.

Si usted y su dependiente son ambos empleados bajo este Plan

Si tanto usted como su cónyuge están cubiertos como empleados bajo este Plan y usted o su cónyuge cubren a la otra persona como su dependiente, el Plan coordinará los beneficios consigo mismo. La persona que incurrió el reclamo aún tendrá que pagar los costos compartidos, como deducibles y copagos, y cualquier beneficio máximo seguirá aplicándose a la persona.

Esta regla también se aplica al coordinar los beneficios para sus hijos si usted y su cónyuge están cubiertos como empleados bajo este Plan, o si usted y su hijo dependiente están cubiertos como empleados bajo el Plan.

Reembolso y Subrogación

Conozca:

> Sus responsabilidades y los derechos del Plan si sus gastos médicos sean a causa de un accidente o un acto causado por otra persona.

Reembolso y Subrogación

Las disposiciones de subrogación del Plan solo se aplican a los beneficios médicos y de medicamentos con receta. No se aplica ninguna subrogación a los beneficios de seguro dental, de vida o AD&D.

El derecho del Plan de recuperar los pagos

Cuando la lesión es causada por otra persona.

En algunas ocasiones, usted o su dependiente sufren lesiones e incurren en gastos médicos como resultado de un accidente o acto por el cual alguien más que no sea UNITE HERE HEALTH es responsable financieramente. Para los propósitos de reembolso de beneficios, "subrogación" significa que UNITE HERE HEALTH asume los mismos derechos legales para cobrar daños monetarios que tenía un participante.

Ejemplos típicos incluyen lesiones sufridas:

- En un accidente automovilístico causado por otra persona; o
- En la propiedad de otra persona, si esa persona también es responsable de causar la lesión.

En estos casos, es probable que el seguro de automóvil o de propiedad de la otra persona deba pagar la totalidad o una parte de las facturas médicas resultantes, a pesar de que los beneficios por los mismos gastos puedan ser pagados por el Plan. Al aceptar los beneficios pagados por el Plan, usted acepta pagar al Plan si recupera algo por parte de una tercera persona.

Declaración de hechos y acuerdo de reembolso

Para determinar los beneficios por una lesión causada por un tercero, UNITE HERE HEALTH puede requerir una Declaración de Hechos firmada. Este formulario solicita información específica sobre la lesión y le pregunta si tiene intención de emprender acciones legales o no. Si recibe una Declaración de hechos, debe enviar una copia completa y firmada a UNITE HERE HEALTH antes de que se paguen los beneficios.

Junto con la Declaración de hechos, recibirá un Acuerdo de reembolso. Si decide emprender acciones legales o presentar un reclamo en relación con el accidente, usted y su abogado (si retiene a uno) también deben firmar un Acuerdo de reembolso antes de que UNITE HERE HEALTH pague los beneficios. El Acuerdo de Reembolso ayuda al Plan a hacer cumplir su derecho a ser rembolsado y le otorga el primer reclamo a UNITE HERE HEALTH, si compensaciones, a cualquier dinero que usted o sus dependientes recuperen de un tercero, tales como:

- La persona responsable de la lesión;
- La compañía de seguros de la persona responsable de la lesión; o
- Su propia compañía de seguros de responsabilidad civil.

El Acuerdo de Reembolso también permite a UNITE HERE HEALTH a intervenir en, o iniciar en su nombre una demanda para recuperar los beneficios pagados por o en relación con la lesión.

F-8

Resolver su reclamo

Antes de resolver su reclamo con un tercero, usted o su abogado deben comunicarse con UNITE HERE HEALTH (consulte la página A-4) para obtener el monto total de las facturas médicas pagadas. Luego de la liquidación, UNITE HERE HEALTH tiene derecho a un reembolso por el monto de los beneficios que ha pagado o el monto total de la liquidación u otra recuperación que usted o un dependiente reciba, lo que sea menor.

Si no se reembolsa a UNITE HERE HEALTH los beneficios futuros pueden aplicarse a los montos adeudados, incluso si esos beneficios no están relacionados con la lesión. Si esto ocurre, no se pagarán beneficios en su nombre o su dependiente (si corresponde) hasta que la cantidad adeudada a UNITE HERE HEALTH es satisfecha.

Si el Plan, sin saberlo, paga los beneficios resultantes de una lesión causada por una persona que puede tener la responsabilidad financiera de cualquier gasto médico asociado con esa lesión, su aceptación de esos beneficios se considera su acuerdo de cumplir con la regla de subrogación del Plan, incluidos los términos descritos en El acuerdo de reembolso.

Aunque UNITE HERE HEALTH espera un reembolso total, pueden haber ocasiones en que la recuperación total no sea posible. Los Fideicomisarios pueden reducir la cantidad que usted debe pagar si existen circunstancias especiales, tales como la necesidad de reemplazar los salarios perdidos, la discapacidad en curso o consideraciones similares. Cuando se resuelva su reclamo, si cree que la cantidad a la que UNITE HERE HEALTH tiene derecho debería reducirse, envíe su solicitud por escrito a:

Subrogation Coordinator UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 6020 Aurora, Illinois 60598-0020

Reclamos de emergencia fuera del país

Conozca:

> Cómo se pagan los reclamos de emergencia si se encuentra fuera del país.

Reclamos de emergencia fuera del país

Para que los reclamos de emergencia fuera del país se consideren para pago, el Plan debe tener evidencia suficiente y creíble de que sus servicios médicos fueron prestados de manera adecuada por un proveedor de atención médica que el Plan también considera apropiado, para el cuidado de una persona elegible, y para una condición de emergencia cubierta por el Plan.

Los reclamos de emergencia fuera del país que no cumplan con los requisitos del Plan están excluidos de la cobertura y el pago. Los siguientes son los requisitos del Plan para la cobertura y el pago de reclamos de emergencia fuera del país:

- Los cargos deben estar denominados en moneda estadounidense;
- El Plan tiene derecho a exigir:
 - ➤ Que el servicio se envíe bajo una factura detallada (HCFA / UB por sus siglas en inglés); y
 - ➤ Que los servicios se identifiquen con un código CPT y ICD-10 actual; y
 - ➤ Se proporcionen registros médicos adecuados y suficientes; y
 - ➤ Una entrevista personal con la persona elegible que recibió los servicios; y
 - ➤ Un examen médico independiente (IME por sus siglas en inglés) de la persona elegible que recibió los servicios. El IME será realizado por un médico seleccionado y pagado por el Plan; y
- El reclamo debe ser por un beneficio cubierto y satisfacer todos los demás requisitos y pautas del Plan para la cobertura y el pago de reclamos.



Conozca:

➤ Información importante acerca de UNITE HERE HEALTH y sus beneficios.

Otra información importante

¿Quién paga por sus beneficios?

En general, los beneficios del Plan son proporcionados por el dinero (contribuciones) que los empleadores participantes en el Plan deben contribuir en nombre de los empleados elegibles bajo los términos de los Acuerdos de Negociación Colectiva (CBA por sus siglas en inglés) negociados por su sindicato. Los beneficios del Plan también pueden ser financiados con montos que usted deba pagar por su parte de la cobertura o de su dependiente.

¿Qué beneficios proporcionan a través de las compañías de seguros?

El Plan proporciona los beneficios médicos, los beneficios de medicamentos con receta y los beneficios dentales de forma auto-financiada. Auto-financiado significa que ninguno de estos beneficios está financiado por contratos de seguro. Los beneficios y los gastos administrativos asociados se pagan directamente de UNITE HERE HEALTH.

El Plan proporciona beneficios de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de contratos totalmente asegurados. Los beneficios de vida y AD&D están financiados y garantizados bajo un contrato grupal suscrito por Dearborn National.

El Plan también tiene contratos con otras organizaciones para ayudar a administrar ciertos beneficios. Los beneficios de medicamentos con receta son administrados por CVS Caremark. La autorización previa y otros servicios de revisión de utilización, y la administración de casos para los beneficios médicos del Plan son proporcionados por Medical Rehabilitation Consultants.

Recursos en caso de fraude

Si usted o un dependiente envían información que usted sabe que es falsa o si deliberadamente no envía u oculta información importante para obtener algún beneficio del Plan, los Fideicomisarios pueden tomar medidas para remediar el fraude, incluyendo: pedirle que reembolse beneficios pagados, denegando el pago de cualquier beneficio, deduciendo montos pagados de pagos de beneficios futuros y suspendiendo y revocando la cobertura.

Interpretación de las disposiciones del Plan.

Para reclamos sujetos a revisión externa independiente (consulte la página E-9), la IRO (Por sus siglas en inglés) tiene la autoridad para tomar decisiones sobre beneficios y decidir todas las preguntas sobre reclamos, sometidos a revisión externa independiente.

Toda otra autoridad recae en el Consejo de Fideicomisarios. El Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH tiene autoridad única y exclusiva para:

• Tomar decisiones finales sobre las solicitudes o el derecho a beneficios del Plan, incluyendo:

H-2

Otra información importante

- ➤ La discreción exclusiva para aumentar, disminuir o cambiar las disposiciones del Plan para la administración eficiente del Plan o para promover los propósitos de UNITE HERE HEALTH,
- ➤ El derecho a obtener o proporcionar información necesaria para coordinar los pagos de beneficios con otros planes,
- ➤ El derecho de obtener segundas opiniones médicas o que se realice una autopsia cuando no esté prohibido por la ley;
- Interpretar todas las disposiciones del Plan y las reglas y procedimientos administrativos asociados;
- Autorizar todos los pagos bajo el Plan o recuperar cualquier monto que exceda los montos totales requeridos por el Plan.

Las decisiones de los Fideicomisarios son vinculantes para todas las personas que tratan con o reclaman beneficios del Plan, a menos que un tribunal de jurisdicción competente determine que son arbitrarias o caprichosa. Los beneficios de este Plan se pagarán si el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH, en su criterio único y exclusivo, deciden que el solicitante tiene derecho a ellos.

Este Plan otorga a los Fideicomisarios total discreción y autoridad exclusiva para tomar la decisión final en todas las áreas de interpretación y administración del Plan, incluyendo elegibilidad para beneficios, el nivel de beneficios proporcionados y el significado de todo el lenguaje del Plan (incluyendo esta Descripción Resumida del Plan). En caso de conflicto entre esta Descripción Resumida del Plan y el Documento del plan, regirá el Documento del Plan. La decisión de los Fideicomisarios es definitiva y vinculante para todos aquellos que tratan con o reclamen beneficios bajo el Plan, y si se impugna ante un tribunal, el Plan tiene la intención de mantener la decisión de los Fideicomisarios a menos que se determine que es arbitraria y caprichosa.

Modificación o terminación del Plan

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de modificar o terminar UNITE HERE HEALTH, ya sea en su totalidad o en parte, en cualquier momento, de conformidad con el Convenio de Fideicomiso. Por ejemplo, los Fideicomisarios pueden determinar que UNITE HERE HEALTH ya no puede llevar a cabo los fines para los que fue fundado y, por lo tanto, debe ser terminado.

De conformidad con el Convenio de Fideicomiso, los Fideicomisarios también se reservan el derecho de modificar o dar por terminado su Plan o cualquier otro Plan Unit, o de modificar, dar por terminado o suspender cualquier programa de beneficios de cualquier Plan Unit en cualquier momento. Dicha terminación o suspensión, así como la terminación, vencimiento o interrupción de cualquier póliza de seguro bajo UNITE HERE HEALTH no necesariamente constituirá una terminación de UNITE HERE HEALTH.

Si UNITE HERE HEALTH es dado por terminado en su totalidad o en parte, o si su Plan, cualquier otro Plan Unit o cualquier programa de beneficios son dados por terminado o suspende, ningún empleador, participante, beneficiario u otro plan de beneficios para empleados tendrá derechos sobre ninguna parte de los bienes de UNITE HERE HEALTH. Esto significa que ningún empleador, plan u otra persona tendrá derecho a una transferencia de ninguno de los activos de UNITE HERE HEALTH en dicha terminación o suspensión. Los Fideicomisarios pueden continuar pagando los reclamos incurridos

H-3

Otra información importante

antes de la terminación de UNITE HERE HEALTH o cualquier Unit Plan, según corresponda, o tomar cualquier otra medida autorizada por el Convenio de Fideicomiso. El pago de beneficios por reclamos incurridos antes de la terminación de UNITE HERE HEALTH, o cualquier Plan Unit, o cualquier programa de beneficios dependerá de la condición financiera de UNITE HERE HEALTH.

Su Plan y todas los demás Plan Units en UNITE HERE HEALTH son parte de un plan individual de salud para empleados financiado por un único fondo fiduciario. Ningún Plan Unit y ningún programa de beneficios se tratarán como un plan de beneficios o fideicomiso separado para los empleados.

Restricción de Jurisdicción

Cualquier acción, reclamo, controversia o disputa relacionada con o generada con el Fondo, el Plan, la Descripción Resumida del Plan y/o el Convenio de fideicomiso se presentarán y resolverán solo en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Illinois y en cualquier tribunal en el que se escuchan las apelaciones de dicho tribunal.

Libre elección de proveedor

La decisión de usar los servicios de hospitales, clínicas, médicos, dentistas u otros proveedores de atención médica particulares es voluntaria, y el Plan no recomienda qué proveedor específico debe usar, incluso cuando los beneficios solo estén disponibles para los servicios prestados por los proveedores designados por el Plan. Usted debe seleccionar un proveedor o tratamiento basado en todos los factores apropiados, siendo solo uno de ellos la cobertura bajo el Plan.

Los proveedores no son agentes o empleados de UNITE HERE HEALTH, y el Plan no se hace responsable de la calidad de servicio prestado.

Workers' Compensation (Compensación por accidente laboral)

El Plan no reemplaza ni afecta los requisitos de cobertura bajo ninguna ley estatal de compensación por accidente laboral o enfermedades laborales. Si usted sufre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, notifique a su empleador de inmediato.

Tipo de Plan

El Plan es un plan de bienestar que brinda atención médica y otros beneficios, incluyendo seguros de vida y protección por muerte accidental y desmembramiento. El Plan se mantiene a través de Acuerdos de Negociación Colectiva entre UNITE HERE y ciertos empleadores. Estos acuerdos requieren contribuciones a UNITE HERE HEALTH en nombre de cada empleado elegible. Por un costo razonable, puede obtener copias de los Acuerdos de Negociación Colectivos escribiendo al Administrador del plan. Copias también están disponibles para su revisión en las oficinas de Aurora, Illinois, y dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de revisión, en las siguientes ubicaciones: oficinas regionales, las oficinas principales de los empleadores en las que trabajan al menos 50 participantes, o las oficinas principales o salas de reunión de los sindicatos locales.

H-4

Organizaciones de empleadores y empleados

Usted puede obtener una lista completa de las organizaciones de empleadores y empleados que participan en el Plan escribiendo al Administrador del Plan. Copias también están disponibles para su revisión en las oficinas de Aurora, Illinois, y dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de revisión, en las siguientes ubicaciones: oficinas regionales, las oficinas principales de los empleadores en las que trabajan al menos 50 participantes, o la oficina principal o salas de reunión de los sindicatos locales.

Administrador del Plan y agente para servicio del proceso legal.

El Administrador del Plan y el agente para el servicio del proceso legal es el Director Ejecutivo (CEO por sus siglas en inglés) de UNITE HERE HEALTH. El servicio del proceso legal también puede hacerse a través de un fideicomisario del Plan. La dirección y el número de teléfono del CEO son:

UNITE HERE HEALTH

Chief Executive Officer
711 North Commons Drive
Aurora, IL 60504
(630) 236-5100

Número de Identificación del Empleador

El Número de Identificación del Empleado asignado por el Servicio de Impuestos Internos al Consejo de Fideicomisarios es EIN# 23-7385560.

Número del Plan

El número del plan es 501.

Año del Plan

El año del Plan es el período de 12 meses establecido por el Consejo de Fideicomisarios con el fin de mantener los registros financieros de UNITE HERE HEALTH. El año del Plan inicia cada 1 de abril y termina el siguiente 31 de marzo.

Exclusiones y limitaciones generales

Conozca:

> Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

Exclusiones y limitaciones generales

Cada sección de beneficios tiene una lista de los tipos de tratamiento, servicios y suministros que no están cubiertos. Además de esas listas, los siguientes tipos de tratamiento, servicios y suministros también están excluidos para toda la atención médica, medicamentos con receta, beneficios dentales y el Programa de Bienestar y Atención Menor. No se pagarán beneficios bajo el Plan por los cargos incurridos o que resulten de cualquiera de los siguientes:

- Cualquier lesión o enfermedad para la cual la persona cubierta tiene derecho a beneficios, ya sea en su totalidad o en parte, bajo una compensación laboral o enfermedad ocupacional, obtenida o que debería haber sido obtenida por ley;
- Cualquier gasto que exceda los Cargos Usuales y habituales por servicios cubiertos de otro proveedor que no sea PPO;
- Cualquier gasto que exceda la tarifa contratada por servicios cubiertos de un proveedor PPO;
- Cualquier gasto o cargo por servicios o suministros que no son médicamente necesarios o no son recomendados por un médico;
- Cualquier gasto incurrido después de la finalización de la cobertura (excepto según lo dispuesto específicamente en virtud de las disposiciones de beneficios extendidos en el Plan);
- Cualquier pérdida, gasto o cobro que resulte, ya sea de una persona que esté en su sano juicio o no, de una lesión o enfermedad auto infligida intencionalmente o suicidio o intento de suicidio;
- Cualquier pérdida, gasto o cobro que resulte de la participación activa de una persona en una revuelta o insurrección o en la comisión de un delito grave;
- Cualquier gasto o cobro que la persona no tiene que pagar o por cargos que se realizan simplemente porque existe cobertura;
- Cualquier gasto o cobro por cuidado de custodia, cuidado del desarrollo o servicio domiciliario, excepto como se describe específicamente en gastos médicos cubiertos;
- Cualquier pérdida, gasto o cobro que resulte de una cirugía estética o reconstructiva, excepto:
 - > Por lesiones;
 - ➤ La reparación de defectos que resultan de una cirugía por la cual la persona cubierta recibió beneficios conforme al Plan;
 - Para cirugía mamaria reconstructiva debido a una mastectomía; o
 - ➤ Para todas las etapas de una reducción mamaria reconstructiva en el seno no enfermo para que tenga el mismo tamaño que el seno enfermo después de una cirugía reconstructiva en el seno enfermo;
- Cualquier pérdida, gasto o cobro que resulte del control del apetito, las adicciones a los alimentos, los trastornos alimentarios (a excepción de los casos documentados de bulimia o anorexia que cumplan con los criterios de diagnóstico estándar según lo determinado por la Oficina de Administración y presente problemas médicos sintomáticos significativos) o

I

Exclusiones y limitaciones generales

cualquier tratamiento de la obesidad (excepto la cirugía para tratar la obesidad mórbida cuando se cumplen los criterios requeridos);

- Cualquier gasto o cobro relacionado por zapatos ortopédicos, aparatos ortopédicos u otros dispositivos de apoyo para los pies;
- Cualquier gasto o cobro relacionado con el trabajo dental, la cirugía dental o la cirugía oral (a menos que se indique específicamente), incluyendo:
 - > Tratamiento que involucra cualquier estructura dental, proceso alveolar, absceso o enfermedad del tejido periodontal o gingival; o
 - Cirugía o ferulización para ajustar la oclusión dental;
- Cualquier pérdida, gasto o cobro por transformaciones sexuales o cualquier tratamiento o servicio relacionado con la disfunción sexual;
- Cualquier gasto o cobro por la promoción de la fertilidad, incluyendo (entre otros):
 - > Pruebas de fertilidad;
 - Reversión de la esterilización quirúrgica; y
 - Cualquier intento de causar un embarazo mediante terapia hormonal, inseminación artificial, fertilización in vitro y transferencia de embriones o cualquier tratamiento o método similar;
- Terapia de quelación, excepto envenenamiento agudo por arsénico, oro, mercurio o plomo;
- Cargos por servicios o suministros (incluyendo medicamentos) que son:
 - ➤ No médicamente necesarios,
 - No se proporcionan de acuerdo con las normas médicas profesionales generalmente aceptadas; o
 - ➤ Para tratamiento experimental/investigativo.
- Cualquier gasto o cobro para la(s) persona(s) cubierta(s) que sea principalmente para la educación, capacitación o desarrollo de habilidades para hacerle frente a una lesión o enfermedad excepto la educación para diabéticos como está descrito;
- Cualquier gasto o cobro incurrido por el tratamiento de acupuntura (excepto cuando se usa como agente anestésico para cirugía cubierta);
- Cualquier gasto o cobro por servicios o suministros proporcionados o pagados por el gobierno federal o sus agencias, excepto por:
 - ➤ La Administración de Veteranos, cuando se brindan servicios a un veterano por una discapacidad que no está relacionada con el servicio;

Exclusiones y limitaciones generales

- Un hospital o instalación militar, cuando se brindan servicios a un jubilado (o dependiente de un Jubilado) de los servicios armados;
- Un plan de salud grupal establecido por un gobierno para sus propios empleados civiles y sus dependientes; o
- Medicaid, si es requerido por una asignación de beneficios de Medicaid;
- Cualquier pérdida, gasto o cobro que resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o agresión armada;
- Cualquier pérdida, gasto o cobro:
 - ➤ En la que se incurre mientras la persona cubierta está en servicio activo o capacitándose en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las Reservas de cualquier estado o país; y
 - ➤ Por la cual cualquier organismo gubernamental o sus agencias son responsables;
- Cualquier gasto o cobro que sea principalmente para la conveniencia o comodidad de la familia, el cuidador, el médico u otro proveedor médico de la persona;
- Cualquier gasto o cobro si el pago está prohibido por alguna ley de la jurisdicción en la que reside el individuo en el momento en que se incurre en la responsabilidad del beneficio;
- Lentes de contacto excepto para la colocación inicial de lentes de contacto requeridos debido a cirugía de catarata o implante de lente inicial requerido debido a cirugía de catarata;
- Cargos por exámenes oculares, refracciones oculares o la adaptación o el costo de ayudas visuales, terapia visual, queratotomía radial o cirugía similar realizada en el tratamiento de la miopía, excepto para el injerto corneal;
- Cargos por aparatos auditivos o implantes cocleares;
- Vitaminas, suplementos nutricionales, a menos que el suplemento sea la única (o primaria) fuente de ingesta calórica;
- Embarazo de una hija dependiente;
- Pruebas genéticas;
- Servicios de naturópatas;
- Equipo médico de uso a largo plazo duplicado o equipo especializado como paquetes deportivos;
- Prótesis duplicada o equipo especializado como paquetes deportivos;
- Rampas, pasamanos u otras modificaciones al hogar;
- Terapia con casco (Cranioform);

Exclusiones y limitaciones generales

- Consultas telefónicas, citas perdidas, completar formularios u otros honorarios del médico cuando el paciente no fue visto físicamente;
- Cargos incurridos por cualquier enfermedad o lesión causada por el acto u omisión de otra
 persona (conocida como un tercero), y donde existe una oportunidad de recuperación del
 tercero y/o bajo un seguro de automóvil, propietarios de viviendas, locales comerciales,
 inquilinos, negligencia médica u otra póliza de seguro o responsabilidad. El Plan puede
 adelantar el pago de los beneficios hasta que se recupere del tercero o de la compañía de
 seguros;
- Cargos incurridos mientras está internado en un hospital operado por los Estados Unidos de América o una agencia de los mismos (excepto que la ley exija lo contrario); o
- Cargos a causa de la donación de su órgano o tejido humano, sin embargo, si usted es el receptor de un órgano humano donado, los gastos médicos del donante están cubiertos hasta el límite del donante como se especifica en la página D-11.



Sus Derechos bajo ERISA

Como participante en el Plan, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA por sus siglas en inglés).

Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, que figura en su directorio telefónico, o la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, DC 20210.

Reciba información sobre su Plan y beneficios

ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

- Examinar, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, tales como sitios de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los Acuerdos de Negociación Colectiva, y una copia del último informe anual (Forma 5500 Series) presentada por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de divulgación pública de la Administración de seguridad de beneficios para empleados.
- Obtener, mediante una petición por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluyendo los contratos de seguro y los Acuerdos de Negociación Colectivos, y copias del último informe anual (Forma 5500 Series) y la Descripción Resumida del Plan actualizada. El administrador puede cobrar una tarifa razonable por las copias que la ley no exige que se entreguen gratis.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley requiere que el Administrador del Plan proporcione a cada participante una copia del resumen del informe anual.

Continuar con la cobertura de salud grupal del Plan

ERISA también establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a continuar con la cobertura de atención médica para ellos mismos, sus cónyuges o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un evento calificable. Puede ser que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas que rigen de sus derechos de cobertura de continuación de COBRA.

Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, llamadas "fiduciarias" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de usted y otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluyendo su Empleador, su sindicato o

I-2

cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de alguna manera para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos bajo ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamo por un beneficio de bienestar es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted tiene el derecho de saber porqué sucedió esto, a obtener copias de documentos referentes a la decisión sin costo alguno, y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos horarios de tiempo.

De acuerdo con la ley ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados arriba. Por ejemplo, si usted hace una solicitud por escrito para una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de un plazo de 30 días, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría obligar al Administrador del Plan a proporcionarle los materiales y pagarle hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, al menos que los materiales no fueran enviados debido a razones fuera del control del Administrador.

Si usted tiene un reclamo por beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o con la ausencia de la misma con respecto al estatus calificado de un mandato de relaciones domesticas o de una Orden médica de manutención de menores, puede presentar una demanda ante un tribunal Federal.

En caso de que los fiduciarios del Plan le dieran mal uso al dinero del Plan, o si usted es discriminado por haber ejercitado sus derechos, usted puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE.UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y honorarios legales. Si usted tiene éxito, el tribunal podría ordenar que la persona que usted ha demandado a pagar los costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal podría ordenarle que pague estos costos y honorarios.

Asistencia con sus preguntas

Si usted tiene preguntas sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Fondo.

Si usted tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos según ERISA, o si usted necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Fondo, debe ponerse en contacto con la oficina de la Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor más cercana, Departamento de Trabajo de los EE.UU., en su guía telefónica o la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. Usted puede también obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades según ERISA llamando a la línea telefónica para publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Cobertura de Continuación COBRA

Conozca:

➤ Cómo puede hacer auto-pagos (self-payments) para continuar con su cobertura.

Cobertura de Continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA no es automática. Debe elegirse y las primas requeridas deben pagarse cuando vencen. Se cobrará una prima bajo COBRA según lo permitido por la ley federal.

Si usted o sus dependientes pierden la cobertura del Plan, tiene derecho en ciertas situaciones a continuar temporalmente la cobertura más allá de la fecha en que, de lo contrario, finalizaría. Este derecho está garantizado por la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, según enmendada (COBRA por sus siglas en inglés).

¿Quién puede elegir la cobertura de continuación COBRA?

Únicamente beneficiarios calificados tienen el derecho de la cobertura de continuación COBRA, y cada beneficiario calificado tiene el derecho de hacer una elección.

Usted o su dependiente es un beneficiario calificado si usted o su dependiente pierden cobertura debido a un evento calificado y el plan cubrió a usted o su dependiente el día anterior al evento calificador más temprano. Sin embargo, si un niño nace, o es colocado en adopción con usted, usted (el empleado) mientras tiene la cobertura de continuación de COBRA también es un beneficiario calificado.

Si desea continuar con la cobertura de dependientes o agregar un nuevo dependiente después de elegir la cobertura de continuación de COBRA, puede hacerlo de la misma manera que los empleados activos en virtud del Plan.

¿Qué es un evento calificable?

Un evento calificable es cualquiera de los siguientes eventos si resulta en una pérdida de cobertura:

- Su muerte.
- Su pérdida de elegibilidad debido a:
 - ➤ Terminación de su empleo (excepto por mala conducta grave).
 - ➤ Una reducción en sus horas de trabajo por debajo del mínimo requerido para mantener la Elegibilidad.
- El último día de un permiso de ausencia bajo FMLA si no regresa a trabajar al final de ese permiso.
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.
- Un hijo que ya no cumple con la definición de dependiente del Plan (consulte la página B-3).
- Su cobertura bajo Medicare. (La cobertura de Medicare significa que usted es elegible para recibir la cobertura de Medicare; usted ha solicitado o se ha inscrito para esa cobertura, si es necesaria una solicitud; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

¿Qué cobertura puede continuar?

Al elegir la cobertura de continuación de COBRA, tiene las mismas opciones de beneficios y puede continuar con la misma cobertura de atención médica disponible para otros empleados que no hayan tenido un evento calificativo. Sus opciones de cobertura de COBRA se basan en las opciones de beneficios que tenía el día anterior al evento calificador.

Además de los beneficios médicos, la cobertura de continuación COBRA incluye beneficios de medicamentos con receta y beneficios dentales para los empleados. Para los dependientes, la cobertura de continuación COBRA incluye beneficios médicos y de medicamentos con receta. Los beneficios de vida y AD&D no pueden continuar. Sin embargo, es posible que pueda convertir su seguro de vida en una póliza individual. Contacte el Fondo para más información.

¿Cuánto tiempo puede continuar la cobertura?

El período de tiempo máximo durante el cual puede continuar su cobertura bajo COBRA depende del tipo de evento calificativo y cuándo ocurre:

- La cobertura puede continuar por hasta 18 meses a partir de la fecha en que la cobertura de otra manera hubiera terminado, cuando:
 - > Su empleo termina.
 - ➤ Sus horas de trabajo se reducen por debajo del mínimo requerido para mantener la elegibilidad.
 - ➤ Usted no realiza auto-pagos (self-payments) voluntarios (si corresponde).
 - ➤ Su capacidad para realizar auto-pagos termina (si corresponde).
 - ➤ No regresa a trabajar después de un permiso de ausencia bajo FMLA.
 - ➤ Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

Sin embargo, es posible que pueda continuar la cobertura para usted y sus dependientes por hasta 11 meses adicionales, por un total de 29 meses. La Administración del Seguro Social debe determinar si usted o un dependiente cubierto están discapacitados de acuerdo con los términos de la Ley del Seguro Social de 1965 (según enmendada) en cualquier momento durante los primeros 60 días de continuación de la cobertura.

 Hasta 36 meses a partir de la fecha en que la cobertura habría finalizado originalmente para todos los demás eventos calificativos, siempre y cuando dichos eventos calificativos hubieran resultado en una pérdida de cobertura a pesar de la ocurrencia de cualquier evento calificativo previo.

Sin embargo, las siguientes reglas determinan los períodos máximos de cobertura cuando ocurren múltiples eventos calificativos:

• Los eventos calificativos se considerarán en el orden en que ocurren.

Cobertura de Continuación COBRA

- Si hay eventos calificativos adicionales, que no sean su cobertura de Medicare, durante un período de continuación de 18 ó 29 meses, los beneficiarios calificados afectados pueden continuar con su cobertura hasta 36 meses a partir de la fecha en la que la cobertura hubiera finalizado originalmente,
- Si está cubierto por Medicare y posteriormente experimenta un evento calificativo, la continuación de cobertura para sus dependientes solo puede continuarse hasta 36 meses a partir de la fecha en que estuvo cubierto por Medicare.
- Si la cobertura de continuación finaliza porque posteriormente queda cubierto por Medicare, la cobertura de continuación para sus dependientes solo puede continuarse hasta por 36 meses a partir de la fecha en que la cobertura habría finalizado originalmente.

Estas reglas solo se aplican a las personas que fueron beneficiarios calificados como resultado del primer evento calificativo y que aún son beneficiarios calificados en el momento del segundo evento calificativo.

Notificando a UNITE HERE HEALTH cuando ocurren eventos calificativos

Su empleador debe notificar a UNITE HERE HEALTH de su fallecimiento, terminación de empleo, reducción de horas o si no regresa al trabajo al final de un permiso de ausencia de FMLA. UNITE HERE HEALTH utiliza sus propios registros para determinar cuándo finaliza la cobertura de un participante en virtud del Plan.

Usted o su dependiente debe informar a UNITE HERE HEALTH dentro de los 60 días a lo siguiente:

- Su divorcio o separación legal.
- La fecha en que su hijo ya no califica como dependiente según el Plan.
- Que ocurra un segundo evento calificativo.

Usted debe informar al Fondo antes del final de los 18 meses iniciales de cobertura de continuación si el Seguro Social determina que usted está discapacitado. También debe informar al Fondo dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el Seguro Social ya no lo considera discapacitado. Puede informar al Fondo poniéndose en contacto con el Fondo.

Debe usar los formularios de UNITE HERE HEALTH para notificar cualquier evento calificativo, si la Administración del Seguro Social determina que usted o un dependiente están discapacitados, o si ya no está discapacitados. Puede obtener un formulario llamando al Fondo.

Si no utiliza los formularios de UNITE HERE HEALTH para proporcionar la notificación requerida, debe enviar por escrito a UNITE HERE HEALTH información que describa el evento calificativo, incluyendo su nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y su relación con el beneficiario calificado. Asegúrese de firmar y colocar la fecha en su notificación.

Sin embargo, independientemente del método que utilice para notificar al Fondo, también debe incluir la información adicional que se describe a continuación, dependiendo del evento que esté informando:

- Para divorcio o separación legal: nombre del cónyuge, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y una copia de uno de los siguientes: un decreto de divorcio o un acuerdo de separación legal.
- Para la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente: el nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento del niño, fecha en que el niño ya no califica como dependiente bajo el plan; y la razón de la pérdida de elegibilidad (es decir, edad o ya no cumple con la definición de dependiente).
- Por su muerte: la fecha de fallecimiento, el nombre, el número de Seguro Social, la dirección, el número de teléfono, la fecha de nacimiento del dependiente elegible y una copia del certificado de defunción.
- Para su estado de discapacidad o el de su dependiente: el nombre de la persona discapacitada, la fecha en que comenzó o terminó la discapacidad, y una copia de la determinación del estado de discapacidad de la Administración del Seguro Social.

Si usted o su dependiente no proporciona el aviso y la documentación requeridos, usted o su dependiente perderán el derecho de elegir la cobertura de continuación de COBRA.

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Fondo sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. Usted también debería guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que usted envíe al Fondo o que el Fondo le envíe.

Elección y plazos de pagos

La cobertura de continuación COBRA no es automática. Debe elegir la cobertura de continuación de COBRA y debe pagar los pagos requeridos cuando vencen.

Cuando el Fondo reciba un aviso de un evento calificable, determinará si usted o sus dependientes tienen derecho a la cobertura de continuación de COBRA

- Si usted o sus dependientes no tienen derecho a la cobertura de continuación de COBRA, se le enviará por correo un aviso de que la cobertura de continuación de COBRA no está disponible dentro de los 14 días posteriores a la notificación a UNITE HERE HEALTH del evento calificativo. El aviso explicará por qué la cobertura de continuación de COBRA no está disponible.
- Si usted o sus dependientes tienen derecho a la cobertura de continuación de COBRA, se le enviará por correo una descripción de sus derechos de cobertura de continuación de COBRA y los formularios de elección aplicables. La descripción de los derechos de continuación de cobertura de COBRA y los formularios de elección será enviada por correo dentro de los 45 días después de que UNITE HERE HEALTH ha sido notificado del evento calificativo. Estos materiales se enviarán por correo a quienes tengan derecho a la continuación de cobertura en la última dirección conocida en el archivo.

Cobertura de Continuación COBRA

Si usted o sus dependientes desean la cobertura de continuación de COBRA, el formulario de elección completado debe enviarse por correo a UNITE HERE HEALTH dentro de los 60 días a partir de la fecha más temprana de las siguientes fechas:

- La fecha en que la cobertura bajo el Plan de otra manera terminaría.
- La fecha en que el Fondo envía el formulario de elección y una descripción de los derechos y procedimientos de cobertura de continuación COBRA del Plan, lo que ocurra más adelante.

Si su formulario de elección o el de sus dependientes se recibe dentro del período de elección de 60 días, a usted o a sus dependientes se les enviará un aviso de prima que muestra el monto adeudado por la cobertura de continuación de COBRA. El monto cobrado por la cobertura de continuación COBRA no será mayor que el monto permitido por la ley federal.

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que recibe su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha de finalización de la cobertura hasta el final del mes en que se realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser por más de un mes de cobertura de continuación de COBRA.
- Después del primer pago, los pagos adicionales se vencen el primer día de cada mes durante el cual se continuará la cobertura. Para continuar con la cobertura, cada pago mensual debe tener un sello de correos no más tarde que 30 días después del vencimiento del pago.

Los pagos para la cobertura de continuación de COBRA deben hacerse con cheque o money order, pagaderos a UNITE HERE HEALTH, y enviados por correo a:

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 809328 Chicago, IL 60680-9328

Terminación de la Cobertura de continuación COBRA

La cobertura de continuación de COBRA finalizará cuando se alcance el período de tiempo máximo durante el cual se puede continuar la cobertura.

Sin embargo, en el caso de cualquiera de los siguientes, la cobertura de continuación puede finalizar en el primero en ocurrir cualquiera de los siguientes:

- El final del mes por el cual se pagó una prima por última vez, si usted o sus dependientes no pagan ninguna prima requerida cuando vencen.
- La fecha en que termina el Plan.
- La fecha en que la cobertura de Medicare entra en vigencia si comienza después de la elección de COBRA de la persona (la cobertura de Medicare significa que tiene derecho a la cobertura de Medicare; ha solicitado o se ha inscrito para esa cobertura, si la solicitud es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- La fecha en que se cumplen nuevamente los requisitos de elegibilidad del plan.
- El final del mes que ocurre 30 días después de la fecha en que finaliza la discapacidad según la Ley de Seguridad Social, si esa fecha ocurre después de que hayan expirado los primeros 18 meses de cobertura de continuación.
- La fecha en que la cobertura comienza bajo cualquier otro plan de salud grupal.

Si la terminación de la continuación de cobertura finaliza por alguno de los motivos mencionados anteriormente, se le enviará por correo una notificación de terminación anticipada después que finalice la cobertura. La notificación especificará la fecha de finalización de la cobertura y el motivo.

Para obtener más información

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de continuación de COBRA, sus derechos o los procedimientos de notificación del Plan, llame a UNITE HERE HEALTH al **844-427-8501**.

Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través de un Mercado de Seguros médicos, visite www.healthcare.gov.

Definiciones

Conozca:

> Definiciones de algunos de los términos que utiliza el Plan.

Tratamiento de acupuntura

La perforación de nervios periféricos específicos con agujas para aliviar la incomodidad de los trastornos dolorosos o con fines terapéuticos.

Cargos permitidos

Un Cargo permitido es la cantidad de cargos por tratamientos, servicios o suministros cubiertos que el Plan usa para calcular los beneficios que paga por un reclamo. El cargo permitido puede ser menor que los cargos reales del proveedor. Esto suele suceder si elige un proveedor que no sea PPO. Usted debe pagar cualquier diferencia entre los cargos reales del proveedor y los cargos permitidos. Los cargos que superen el cargo permitido no están cubiertos. El Plan no pagará beneficios por cargos que sean más que el cargo permitido.

El Consejo de Fideicomisarios tiene la autoridad exclusiva para determinar el nivel de cargos permitidos que usará el Plan. En todos los casos, la determinación de los Fideicomisarios será definitiva y vinculante.

- Los cargos permitidos por los servicios prestados por los proveedores de PPO se basan en las tarifas especificadas en el contrato entre UNITE HERE HEALTH y la red de proveedor. Los proveedores de la red generalmente ofrecen tarifas con descuento para usted y su familia. Esto significa menores costos de gastos fuera de su bolsillo para usted y su familia.
- El tratamiento por parte de un proveedor que no es PPO significa que usted paga más costos fuera de su bolsillo. El Plan calcula los beneficios para los proveedores que no son PPO en función de las tarifas con descuento establecidas. El Plan no pagará la diferencia entre lo que en realidad cobra un proveedor que no es PPO, y lo que el Plan considera un cargo permitido. Usted paga esta diferencia en el costo. (Esto a veces se llama "facturación del saldo").

Centro de Maternidad

Las personas elegibles están cubiertas para los servicios prestados en un centro de maternidad con licencia en el estado en el que operan, o si no se requiere licencia en el estado de operación, el centro debe cumplir con las Pautas de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos para el funcionamiento de los Centros de Maternidad. Los servicios cubiertos incluirán el Centro de Maternidad con licencia y las enfermeras parteras con licencia que trabajan en los centros de maternidad con licencia del estado y que cuentan con la supervisión médica adecuada.

Año calendario

El período que comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre del mismo año.

Coseguro

Su parte de los costos de un gasto cubierto, calculada como un porcentaje (por ejemplo, 40%) del cargo permitido por el servicio. Usted paga su coseguro más cualquier deducible o copago. Por ejemplo, según el Bronze Plan, si el cargo permitido por el equipo médico duradero de la red es de \$100, su coseguro del 40% es igual a \$40. (Esto supone que ha alcanzado su deducible de \$750). Su coseguro cuenta hacia sus límites de gastos fuera de su bolsillo.

Tarifa Contractada

La tarifa negociada con las instalaciones de PPO en Anchorage para servicios cubiertos. La tarifa contratada puede ser menor que el gasto cobrado por una instalación que no pertenece a PPO. Todos los servicios cubiertos están sujetos a esta definición de tarifa contratada. En ningún caso la Tarifa Contratada excederá el monto facturado o el monto del cual la persona cubierta es responsable.

Copago

Un monto fijo (por ejemplo, \$10) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Por ejemplo, cada vez que va a la sala de emergencias, se aplica un copago de \$100. Es lo mismo para todos los Planes. Sus copagos cuentan hacia sus límites de gastos fuera de su bolsillo.

Servicios Cosméticos

Aquellos servicios y procedimientos destinados a mejorar la apariencia. Los servicios cosméticos no incluyen servicios reconstructivos, que son servicios y procedimientos principalmente para restaurar la función corporal o para corregir deformidades significativas como resultado de lesiones accidentales, traumas, afecciones congénitas o procesos terapéuticos previos. Los servicios cosméticos incluyen aquellos destinados a prevenir o tratar un trastorno de salud mental/abuso de sustancias a través de un cambio en la forma corporal.

Las mastectomías y la reconstrucción después de una mastectomía no se considerarán cirugías cosméticas o reconstructivas. (*Consulte la página D-11*).

Gastos cubiertos

Un tratamiento, servicio o suministro por el cual los beneficios se pagan bajo el Plan. **Los gastos cubiertos** se limitan al cargo permitido.

Deducible

El monto que usted debe por los gastos cubiertos antes de que el Fondo comience a pagar los beneficios.

Por ejemplo, según el Bronze Plan, el Fondo no comenzará a pagar los beneficios médicos de PPO en su nombre hasta que cumpla con su **Deducible** PPO individual de \$750. Un deducible aplica tanto a gastos PPO y No-PPO Solo tiene que pagar el deducible una vez cada año. Una vez que haya pagado su deducible (a veces llamado "satisfacer su deducible"), no tiene que hacer más pagos hacia su deducible por el resto de ese año. La misma regla se aplica si dos o más miembros de su familia satisfacen el Deducible PPO familiar de \$1,500. Una vez que su deducible familiar ha sido satisfecho, nadie más en su familia tiene que pagar los deducibles por el resto de ese año.

El deducible puede no aplicarse a todos los servicios, incluyendo los servicios que tienen un copago. Por ejemplo, los servicios de atención médica en el hogar serán pagados por el Fondo antes de que se cumpla su Deducible o de su familia.

Los montos que paga por la atención médica que el Plan no cubre no contarán hacia su Deducible. Esto incluye, entre otros, los servicios y suministros excluidos, los cargos que superan el Cargo permitido, los montos que superan el límite o el máximo de beneficios y otros cargos por los cuales el Plan no paga beneficios. Sus deducibles cuentan hacia sus límites de gastos fuera de su bolsillo.

Puede obtener más información sobre sus deducibles médicos en la sección correspondiente de este SPD.

Donante

Una persona que se somete a una operación quirúrgica con el propósito de donar un órgano u órganos para la cirugía de trasplante.

Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable (DME por sus siglas en inglés)

El Equipo médico de uso a largo plazo, no desechable (DME) debe cumplir con todas las siguientes reglas:

- Principalmente trata o controla lesiones o enfermedades.
- Resiste el uso repetido.
- Mejora su atención médica general en un entorno ambulatorio.

Algunos ejemplos de DME son: sillas de ruedas, camas tipo hospital, respiradores y sistemas de soporte asociados, bombas de infusión, equipos de diálisis en el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción en el hogar y otros equipos o dispositivos médicos similares. Los suministros necesarios para usar DME también se son considerados DME.

Empleado Elegible

Cualquier empleado que sea elegible para los beneficios del Plan, de acuerdo con las normas y disposiciones establecidas en las reglas de elegibilidad del Plan.

Elegible o Elegibilidad

Tener derecho a los beneficios pagaderos según las disposiciones del Plan en virtud de haber cumplido los requisitos de Elegibilidad del Plan.

Tratamiento médico de emergencia

Tratamiento médico de emergencia significa servicios médicos cubiertos utilizados para tratar una afección médica que muestra síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) que una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que al no recibir atención médica inmediata podría poner la salud de un paciente, incluido un niño nonato, en grave peligro o como resultado un daño grave de las funciones corporales u órganos o partes del cuerpo.

Empleador o empleador contribuyente

Un Empleador de empleados que, en virtud de un Acuerdo de Negociación Colectiva con el Sindicato, está obligado a hacer Contribuciones a este Fondo o a un fondo de bienestar que se haya incorporado con este Fondo o lo hará más adelante. El término Empleador también significará un sindicato local o fondo fiduciario establecido de conformidad con la Sección 186 de la Ley de Relaciones Laborales de 1947, si dicho sindicato o fondo fiduciario local es aceptado para participar en el Fondo.

Experimental, de investigación o no probado (experimental o en investigación)

Los procedimientos o suministros experimentales, de investigación o no probados son aquellos procedimientos o suministros clasificados como tales por agencias o subdivisiones del gobierno federal, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o la Oficina de Evaluación de Tecnología de Salud de los Centros para Medicare & Servicios de Medicaid (CMS); o de acuerdo con el Manual de asuntos vigentes de cobertura de Medicare de CMS.

Sin embargo, los costos de rutina del paciente asociados con los ensayos clínicos no se consideran experimentales, de investigación o no comprobados.

Proveedor de atención médica

Un proveedor de atención médica es cualquier persona que tiene licencia para ejercer en cualquiera de las ramas de la medicina y la cirugía por el estado en el que la persona practica, siempre que ejerza dentro del alcance de su licencia.

Un proveedor de atención primaria (PCP) se define como un proveedor especializado en:

- Medicina familiar.
- Medicina general.
- Medicina interna.
- Medicina pediátrica (para menores).
- Obstetricia y ginecología (mientras usted o su cónyuge está embarazada).

Un **especialista** es un proveedor de atención médica que no ejerce en una de las especialidades mencionadas anteriormente.

Aunque un obstetra/ginecólogo (u otro proveedor especializado en obstetricia o ginecología) no se considera un PCP a menos que esté embarazada, el monto del costo compartido del PCP se aplica a cada visita a un consultorio de un obstetra/ginecólogo.

No necesita autorización previa para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un proveedor de atención médica de la red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede exigir al proveedor de atención médica que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o procedimientos para dar referencias. Para obtener ayuda para encontrar proveedores de atención médica participantes que se especialicen en obstetricia y ginecología, comuníquese con el Fondo al **844-427-8501**.

Un **dentista** es un proveedor de atención médica con licencia para practicar odontología o realizar cirugía oral en el estado en el que ejerce, siempre que ejerza dentro del alcance de esa licencia. Otro tipo de proveedor de atención médica puede considerarse un dentista si el proveedor de atención médica realiza un servicio dental cubierto y cumple con la definición de "proveedor de atención médica".

Un **proveedor** puede ser una persona que brinda tratamiento, servicios o suministros, o una instalación (como un hospital o clínica) que brinda tratamiento, servicios o suministros.

Hospital

Instalaciones a las que la autoridad competente haya concedido licencia en el área en que estén localizados:

- Un lugar que está autorizado como hospital general por la autoridad apropiada del área en la que se encuentra;
- Un lugar donde:
 - es operado para el cuidado y tratamiento de pacientes internos residentes;

- ➤ Tiene una enfermera graduada registrada (RN) siempre de turno;
- ➤ Tiene un laboratorio y una instalación para radiografías; y
- ➤ Tiene un lugar donde se realizan operaciones quirúrgicas mayores;

o

Un centro acreditado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Facilities,
 American Osteopathic Association o la Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities
 si la función de dicho centro es principalmente de naturaleza rehabilitadora, siempre que dicha
 rehabilitación sea específicamente para el tratamiento de una discapacidad física. Dicho centro no
 necesita tener instalaciones quirúrgicas mayores.

Cuando se necesita tratamiento para una enfermedad o trastorno mental, el hospital también puede significar un lugar que cumpla con estos requisitos:

- Tiene habitaciones para pacientes internos residentes;
- Está equipado para tratar enfermedades o trastornos mentales;
- Tiene un psiquiatra residente de turno o de guardia en todo momento;
- Como práctica habitual, cobra al paciente por los gastos de internación; y
- Tiene licencia por la autoridad competente del área en que están localizados.

Un hospital no incluye un hospital o institución o parte de un hospital o institución que tiene licencia o se utiliza principalmente como un hogar de convalecencia, hogar de reposo, asilo de ancianos o hogar de ancianos.

Lesiones y Enfermedades

El Plan solo paga beneficios por el tratamiento de lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el empleo (lesiones o enfermedades no ocupacionales).

Enfermedades también incluye condiciones de salud mental y abuso de sustancias. Solo para empleados y cónyuges, Enfermedad también incluye el embarazo y las condiciones relacionadas con el embarazo, incluyendo el aborto.

El plan solo paga beneficios por la atención médica preventiva para una hija dependiente embarazada. El Plan no cubre los cargos de maternidad para una hija embarazada dependiente que (*consulte la página K-17*) no sea atención médica preventiva. La "atención de maternidad no preventiva" incluye, entre otros, ultrasonidos, atención para un embarazo de alto riesgo y el parto en sí. No se pagan beneficios por el(la) hijo(a) de su hija (a menos que el(la) niño(a) cumpla con la definición del Plan de un dependiente—*consulte la página B-3*).

El Plan también considerará que los procedimientos de esterilización voluntaria para usted, su cónyuge y sus hijas mujeres que cumplen con la definición de dependiente, como una enfermedad.

El tratamiento de la infertilidad, incluyendo los tratamientos de fertilidad como la fertilización in vitro u otros procedimientos similares, no se considera una enfermedad o una lesión.

Médicamente necesario

Los servicios, suministros y tratamientos médicamente necesarios son:

- Consistente con y efectivo para la lesión o enfermedad que se está tratando;
- Considerado una buena práctica médica de acuerdo con los estándares reconocidos por la comunidad médica organizada en los Estados Unidos; y
- No es Experimental o de Investigación (*Consulte la página K-13*), o no comprobado según lo determinen las agencias gubernamentales apropiadas, la comunidad médica organizada en los Estados Unidos, ni los estándares o procedimientos adoptados periódicamente por los Fideicomisarios. Sin embargo, con respecto a las mastectomías y el tratamiento reconstructivo asociado, los cargos permitidos para dicho tratamiento se consideran médicamente necesarios para los gastos cubiertos incurridos en función del tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica del paciente, según lo exige la ley federal.

El Consejo de Fideicomisarios tiene la autoridad exclusiva para determinar si la atención y el tratamiento son médicamente necesarios y si la atención y el tratamiento son experimentales o de investigación. En todos los casos, la determinación de los Fideicomisarios será definitiva y vinculante. Sin embargo, las determinaciones de necesidad médica y si un procedimiento es o no es Experimental o investigativo, tienen el único propósito de establecer qué servicios o cursos de tratamiento están cubiertos por el Plan. Todas las decisiones con respecto al tratamiento médico son entre usted y su Proveedor de atención médica y deben basarse en todos los factores apropiados, solo uno de los cuales es qué beneficios pagará el Plan.

Trastornos mentales y nerviosos/abuso de alcohol y drogas

Una neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis o enfermedad o trastorno mental o emocional de cualquier tipo, y dependencia química, adicción a las drogas u otros trastornos por abuso de sustancias.

Obesidad mórbida

Significa lo siguiente:

- BMI (índice de masa corporal) igual o superior a 40 que ha persistido durante al menos 5 años; o
- BMI (índice de masa corporal) igual o mayor que 35 y menor que 40 durante al menos 5 años con al menos una comorbilidad clínicamente significativa, como un problema cardiopulmonar grave, diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad coronaria, apnea obstructiva del sueño, o hipertensión pulmonar.

K-16

Plan Unit 190

Organización de Proveedores No Preferida (No-PPO)

Proveedores de servicios de atención médica que no han contratado con el Fondo o su designado para

proporcionar dichos servicios a personas elegibles. Dicho término también se referirá a los beneficios, servicios y/o suministros de salud que son pagaderos bajo el Plan, y que están sujetos a los Copagos aplicables, y/o los porcentajes de pago especificados en las listas de beneficios aplicables del Plan, y para lo cual la persona elegible puede elegir su proveedor de servicios de salud.

Enfermera obstétrica

Una persona certificada por el American College of Nurse Midwives o con licencia como tal por el estado donde se prestan los servicios.

Límite de gastos fuera de su bolsillo

Para protegerlo a usted y a su familia, el Plan limita lo que tiene que pagar por su costo compartido (copagos, coseguros y deducibles) por atención médica y medicamentos con receta. Esto se llama límite de gastos fuera de su bolsillo. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumplan con los límites de gastos fuera de su bolsillo dentro de la red, El Plan generalmente pagará el 100% de los gastos cubiertos para usted (o su familia) durante el resto de ese año calendario.

La atención médica o el tratamiento recibido en un proveedor que no sea PPO contará hacia su límite de gastos de bolsillo fuera de su bolsillo para su proveedor No-PPO. Cuando alcanza el máximo de gasto fuera de su bolsillo por proveedores No-PPO, el Plan pagará el 100% de la mayoría de los gastos cubiertos durante el resto de ese año calendario.

Puede obtener más información sobre sus límites de lo gastos fuera de su bolsillo para seguro médico y de medicamentos con receta en la sección correspondiente de este SPD. (Consulte el comienzo del SPD para ver la tabla de contenido).

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) (proveedor dentro de la red)

Proveedores que han sido contratados con el Fondo para proporcionar dichos servicios a las tarifas establecidas

Atención médica preventiva

De acuerdo con los beneficios médicos y de medicamentos con receta, el Plan cubre la atención médica preventiva al 100%, sin costo para usted, cuando cumple con las normas de edad, riesgo o frecuencia. La atención médica preventiva se define según la ley federal como:

- Servicios calificados como "A" o "B" por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Inmunización recomendada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Atención preventiva y exámenes de detección para mujeres según lo recomendado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Atención preventiva y exámenes de detección para bebés, niños y adolescentes proporcionados en las guías generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Pruebas de PSA (pruebas de antígeno prostático específico) para hombres entre 40 y 69 años.

Es posible que necesite una receta médica para obtener atención médica preventiva bajo los beneficios de medicamentos con receta.

El plan puede cubrir ciertos cuidados de salud preventivos de manera más liberal (por ejemplo, con mayor frecuencia o en edades más tempranas/avanzadas) de lo requerido. Por ejemplo, las mamografías pueden estar cubiertas para mujeres menores de 35 años que tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer de seno.

Comuníquese con el Fondo si tiene preguntas sobre qué tipos de atención preventiva están cubiertos y para saber si se aplican limitaciones de edad, riesgo o frecuencia. También puede ir a: https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits para obtener un resumen.

La lista de atención preventiva cubierta cambia de vez en cuando a medida que los servicios y suministros de atención preventiva se agregan o se eliminan de la lista de atención preventiva requerida. El Fondo sigue la ley federal que determina cuándo estos cambios entran en vigencia.

Jubilado(a)

Un empleado que eligió y se inscribió en la cobertura de beneficios médicos para jubilados según el Plan Alaska HERE antes del 1 de enero de 2020.

Instalaciones de enfermería especializada

Una institución (o parte de una institución) que tiene licencia para proporcionar atención de enfermería especializada a pacientes residentes y está o podría estar certificada como Centro de enfermería especializada en virtud de Medicare.

Cargo Usual y Habitual

La base de pago para un reclamo donde el cargo razonable y vigente por el procedimiento, servicio o artículo de suministro se determina por el menor de los siguientes montos:

- El monto facturado por los cargos reales de los proveedores de atención médica;
- El cargo generalmente realizado por ese proveedor por realizar ese procedimiento; o
- El cargo habitual basado en un perfil de cargos realizados por el mismo procedimiento, servicio o
 artículo de suministro en la misma área geográfica por otros proveedores que han realizado el mismo
 procedimiento o servicio o han proporcionado el mismo artículo de suministro.

Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH

Fideicomisarios del Sindicato

• D. Taylor

Presidente del Consejo Presidente UNITE HERE 1630 S. Commerce Street Las Vegas, NV 89102

Brian Lang

Presidente UNITE HERE Local 26 33 Harrison Avenue, 4th Floor Boston, MA 02111

Bill Granfield

Presidente UNITE HERE Local 100 275 Seventh Avenue, 10th Floor New York, NY 10001

· Terry Greenwald

Secretario/Tesorero Bartenders Local 165 4825 W. Nevso Drive Las Vegas, NV 89103

· Leonard O'Neill

c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Geoconda Arguello-Kline

Secretaria/Tesorera Culinary Union Local 226 1630 S. Commerce Street Las Vegas, NV 89102

Thomas Walsh Garcia

Presidente Emeritus UNITE HERE Local 11 464 S. Lucas Avenue, Suite 201 Los Angeles, CA 90017

Karen Kent

Presidente UNITE HERE Local 1 218 S. Wabash Avenue, 7th Floor Chicago, IL 60604

Connie Holt

Secretaria/Tesorera UNITE HERE Local 217 425 College Street New Haven, CT 06511

Clete Kiley

UNITE HERE 218 S. Wabash Avenue, 7th Floor Chicago, IL 60604

Jim DuPont

Director Local de Apoyo Sindical UNITE HERE c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Donna DeCaprio

Secretaria de Finanzas Tesorera UNITE HERE Local 54 1014 Atlantic Avenue Atlantic City, NJ 08401

Bob McDevitt

Presidente UNITE HERE Local 54 1014 Atlantic Avenue Atlantic City, NJ 08401

Bill Biggerstaff

c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Marvin Jones

UNITE HERE Local 878 530 East 4th Avenue Anchorage, AK 99501

Fiduciario del Empleador

• Arnie Karr

Secretaria del Consejo Presidente Karr & Associates c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Michael O'Brien

Vicepresidente Corporativo y Servicio de Recursos Humanos Caesars Palace 1 Caesars Palace Drive Las Vegas, NV 89109

Jim Claus

Vicepresidente Ejecutivo Tishman Hotel Corporation 100 Park Avenue, 18th Floor New York, NY 10017

Frank Muscolina

Geneva HRM Advisors, LLC c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Russ Melaragni

Vicepresidente de las Relaciones de Asociados y Laborales & Labor Relations Hyatt Hotels & Resorts 71 South Wacker Drive Chicago, IL 60606

Harold Taegel

Director Senior de Relaciones Laborales Sodexo c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

George Greene

Vicepresidente de Relaciones Laborales Starwood Hotels and Resorts 715 West Park Avenue, Unit 354 Oakhurst, NJ 07755

David Colella

Vicepresidente & Director Gerencial The Colonnade Hotel 120 Huntington Avenue Boston, MA 02116

Paul Ades

Vicepresidente Senior de Relaciones Laborales Hilton Worldwide 7930 Jones Branch Drive McLean, VA 22102

Bob Kovacs

c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive

711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Bill Noonan

c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Cynthia Kiser Murphey

Presidente y COO New York-New York 3790 Las Vegas Boulevard South Las Vegas, NV 89109

Christine Andrews

Vicepresidente People & Culture Hostmark Hospitality Group 1300 East Woodfield Road, Suite 400 Schaumburg, IL 60173

Richard Ellis

c/o UNITE HERE HEALTH 711 N. Commons Drive Aurora, IL 60504

Terry Ryan

Vicepresidente de Relaciones Laborales/Empleados Delaware North Companies 250 Delaware Avenue Buffalo, NY 19202

UNITE HERE HEALTH

P.O. Box 6020 Aurora, IL 60598-0020 (630) 236-5100