

CEBT DENVER CO

**Resumen de Descripción del Plan de Beneficios de la Vista
7670-02-412150**

BENEFICIOS ADMINISTRADOS POR



A UnitedHealthcare Company

Índice

INTRODUCCIÓN	1
INFORMACIÓN DEL PLAN	2
PLAN DE BENEFICIOS DE LA VISTA.....	4
GASTOS DE DESEMBOLSO PERSONAL	6
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	7
DISPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	11
CANCELACIÓN.....	14
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA.....	16
LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994	25
GASTOS CUBIERTOS POR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA.....	27
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	28
EXCLUSIONES GENERALES	31
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO Y APELACIÓN	33
FRAUDE	41
OTRAS DISPOSICIONES FEDERALES	42
SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA HIPAA DISPOSICIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD MÉDICA.....	43
INFORMACIÓN SOBRE ENMIENDAS AL PLAN Y CANCELACIÓN DEL PLAN.....	47
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	48

CEBT

PLAN DE BENEFICIOS DE LA VISTA DE GRUPO

RESUMEN DE DESCRIPCIÓN DEL PLAN

INTRODUCCIÓN

La finalidad de este documento es proporcionarles a Usted y Sus Dependientes cubiertos, si los tiene, información resumida en español sobre los beneficios disponibles en este Plan, así como información sobre los derechos y obligaciones de una Persona Cubierta conforme al Plan de Beneficios de la Vista de Grupo (el "Plan") de CEBT. Usted es un Empleado valioso de CEBT, y esta empresa para la cual Usted trabaja se complace en patrocinar este Plan para proporcionar beneficios que pueden ayudarle a satisfacer Sus necesidades de cuidado de la vista. Lea este documento detenidamente y comuníquese con la oficina de Recursos Humanos o de Personal si tiene alguna pregunta o alguna dificultad para comprender este documento.

CEBT se designa como el Administrador del Plan. El Administrador del Plan ha contratado los servicios de un Administrador Externo independiente, UMR, Inc. (en adelante, "UMR") para procesar los reclamos y manejar otras obligaciones de este Plan autofinanciado. UMR, como Administrador Externo, no asume ninguna responsabilidad por los beneficios pagaderos por este Plan, dado que es únicamente un agente que paga reclamos en nombre del Administrador del Plan.

La empresa asume la responsabilidad exclusiva de financiar los beneficios del Plan con su patrimonio; sin embargo, los Empleados ayudan a cubrir algunos de los costos de los beneficios cubiertos a través de contribuciones, Deducibles y cantidades de Participación del Plan, según se describe en el Plan de Beneficios. Todos los pagos de reclamos y reembolsos provienen del patrimonio de la empresa, y no hay ningún fondo aparte que se use para pagar beneficios prometidos.

Algunos de los términos que se usan en este documento comienzan con mayúscula, aunque dichos términos normalmente no se usarían en mayúscula. Estos términos tienen un significado especial en el Plan. La mayoría de los términos en mayúscula se describen en el Glosario de Términos, pero algunos se definen dentro de las disposiciones en las que se usan. Para comprender mejor las disposiciones de este Plan, sería conveniente que se familiarice con los términos definidos en el Glosario de Términos.

Cada persona cubierta por este Plan recibirá una tarjeta de identificación que podrá presentar a los proveedores cada vez que reciba servicios. En el reverso de esta tarjeta se encuentran los números de teléfono para llamar en caso de tener preguntas o problemas.

Este documento contiene información sobre los beneficios y las limitaciones del Plan y actuará como el Resumen de Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD) y como el documento del Plan. Por lo tanto, se llamará tanto Resumen de Descripción del Plan como el documento del Plan.

Este documento entró en vigencia en julio 1, 2022.

INFORMACIÓN DEL PLAN

Nombre del Plan	PLAN DE BENEFICIOS DE LA VISTA DE GRUPO DE CEBT
Nombre y Dirección de la Empresa	CEBT 555 17TH ST STE 2050 DENVER CO 80202
Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Administrador del Plan	CEBT 555 17TH ST STE 2050 DENVER CO 80202 303-773-1373 o 1-800-332-1168
Fiduciario Designado	CEBT
Fiduciario de Apelaciones de Reclamos de la Vista	UMR
Número de Identificación de la Empresa Asignado por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)	74-2141123
Tipo de Plan de Beneficios Proporcionado	Plan de Salud y Bienestar Autofinanciado que proporciona beneficios de la vista de grupo
Tipo de Administración	La administración del Plan está bajo la supervisión del Administrador del Plan. El Plan no está financiado por una compañía de seguros y los beneficios no están garantizados por un contrato de seguro. UMR presta servicios administrativos, como el pago de reclamos de la vista.
Nombre y Dirección del Agente que Recibe Notificaciones Legales	CEBT 555 17TH ST STE 2050 DENVER CO 80202
Financiación del Plan	Contribuciones de la Empresa o del Empleado y de la Empresa Los beneficios son proporcionados por un Plan de beneficios mantenido de forma autoasegurada por Su empresa.
Año del Plan de Beneficios	Los beneficios comienzan en enero 1 y terminan en diciembre 31 del mismo año. Para los nuevos Empleados y Dependientes, un Año del Plan de Beneficios comienza en la Fecha de Vigencia de la persona y termina en diciembre 31 del mismo Año del Plan de Beneficios.
Año Fiscal del Plan	De julio 1 a junio 30
Cumplimiento	Este Plan tiene la intención de cumplir con todas las leyes vigentes. En caso de conflicto entre este Plan y la ley vigente, se considerará que rigen las disposiciones de la ley vigente, y se considerará que cualquier parte en conflicto de este Plan será sustituida en la medida del conflicto.

Facultad Discrecional

El Administrador del Plan desempeñará sus funciones como Administrador del Plan y, a su criterio exclusivo, determinará las líneas de acción apropiadas según la razón y finalidad por las que se establece y mantiene este Plan. En particular, el Administrador del Plan tendrá la facultad discrecional exclusiva y total de interpretar todos los documentos del Plan, incluido este Resumen de Descripción del Plan, y de tomar todas las determinaciones interpretativas y objetivas con respecto a si una persona tiene derecho o no a recibir algún beneficio conforme a las condiciones de este Plan. Toda interpretación de las condiciones de cualquier documento del Plan y toda determinación de las circunstancias adoptada por el Administrador del Plan será definitiva y legalmente obligatoria para todas las partes, excepto que el Administrador del Plan ha delegado ciertas responsabilidades en los Administradores Externos de este Plan. Toda interpretación, determinación u otra medida del Administrador del Plan o de los Administradores Externos estará sujeta a revisión únicamente si un tribunal de jurisdicción competente determina que la medida es arbitraria o caprichosa, o de otra manera un claro abuso de la facultad discrecional. Toda revisión de una medida o decisión definitiva del Administrador del Plan o Administradores Externos se basará únicamente en las pruebas presentadas ante ellos o consideradas por ellos en el momento en que tomaron la decisión sometida a revisión. La aceptación de beneficios o la presentación de reclamos de beneficios conforme a este Plan constituye el acuerdo con las decisiones que tomen el Administrador del Plan o los Administradores Externos, y el consentimiento a estas, a su criterio exclusivo, y, además, significa que la Persona Cubierta acepta los límites de la norma y del alcance de la revisión que otorga la ley.

PLAN DE BENEFICIOS DE LA VISTA

Plan de Beneficios 001

Todos los beneficios de la vista de este Plan de Beneficios están sujetos a máximos anuales y a todas las disposiciones de este Plan, incluida la Necesidad por Razones Médicas y cualquier otra determinación de beneficios basada en una evaluación de hechos médicos y beneficios cubiertos.

En el caso de exámenes de la vista que sean elegibles conforme al plan médico y al de la vista de CEBT, el plan de la vista será primario y el plan médico, secundario.

Cambio en la Receta

Si Su receta cambia, Usted será elegible para el beneficio de examen y lentes o lentes de contacto una vez por año calendario, en lugar de una vez por cada período de dos años calendario. Si Su receta no cambia al año siguiente, se volverá a aplicar el período de beneficios de dos años calendario a Sus beneficios.

RESUMEN DE BENEFICIOS	
Beneficios de Cuidado de la Vista:	
Examen de la Vista de Rutina:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo por Año Calendario, Incluida la Refracción de la Vista y el Ajuste de Lentes de Contacto • Máximo de Exámenes por Año Calendario • Pagado por el Plan 	<p>\$75</p> <p>1 Examen 100%</p>
Refracción de la Vista:	
Incluido en el Máximo del Examen de la Vista de Rutina y del Ajuste de Lentes de Contacto	
<ul style="list-style-type: none"> • Máximo de Exámenes por Año Calendario • Pagado por el Plan 	<p>1 Examen 100%</p>
Lentes: Todos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario 	<p>1 Par</p>
Lentes: Simples:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan 	<p>\$75 100%</p>
Lentes: Bifocales:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan 	<p>\$100 100%</p>
Lentes: Trifocales:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan 	<p>\$150 100%</p>
Lentes: Lenticulares:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan 	<p>\$125 100%</p>
Lentes: Progresivos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan 	<p>\$100 100%</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS	
<p>Marcos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan <p>Lentes de Contacto Optativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan <p>Ajuste de Lentes de Contacto:</p> <p style="padding-left: 20px;">Incluido en el Máximo del Examen de la Vista de Rutina y de la Refracción de la Vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan <p>Cirugía Ocular Correctiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo Cada 2 Años Calendario • Pagado por el Plan <p><i>Nota: Usted Debe Elegir entre Lentes/Marcos, Lentes de Contacto o Cirugía Ocular durante el Mismo Período de Dos Años Calendario. El Plan No Proporcionará Cobertura para Lentes/Marcos, Lentes de Contacto o Cirugía Ocular durante el Mismo Período de Dos Años Calendario.</i></p>	<p>\$150</p> <p>100%</p> <p>\$150</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>\$200</p> <p>100%</p>

GASTOS DE DESEMBOLSO PERSONAL

PARTICIPACIÓN DEL PLAN

Participación del Plan significa que la Persona Cubierta y el Plan pagarán, cada uno, un porcentaje de los Gastos Cubiertos. La tarifa de Participación del Plan se indica en el Plan de Beneficios. La Persona Cubierta será responsable de pagar los cargos restantes que se deban al proveedor después de que el Plan haya pagado la parte que le corresponde del Gasto Cubierto, sujeto a la lista de cuotas máximas, la Tarifa Negociada o las cantidades Usuales y Habituales del Plan, según corresponda.

Todo pago de un gasto que no esté cubierto por este Plan será responsabilidad de la Persona Cubierta.

GASTOS ADICIONALES DE DESEMBOLSO PERSONAL

Además del porcentaje de Participación del Plan, la Persona Cubierta también es responsable de los siguientes costos:

- Los cargos restantes que se adeuden al proveedor después de que se determinen los beneficios del Plan.
- Los cargos totales por los servicios que no son beneficios cubiertos por este Plan.
- Recargos, honorarios legales e intereses cobrados por un proveedor.

SIN CONDONACIÓN DE GASTOS DE DESEMBOLSO PERSONAL

La Persona Cubierta debe pagar los gastos de desembolso personal (incluidos los Deducibles o la cantidad requerida de Participación del Plan) conforme a las condiciones de este Plan. Un proveedor no puede anular el requisito de que Usted y Sus Dependientes paguen los gastos de desembolso personal correspondientes mediante una "condonación de cargos o de gastos de desembolso personal" o arreglo similar. Si un proveedor anula los gastos de desembolso personal requeridos, es posible que el reclamo de la Persona Cubierta sea denegado y que la Persona Cubierta sea responsable del pago del reclamo completo. Es posible que se reconsidere dicho reclamo si la Persona Cubierta presenta un comprobante satisfactorio de que pagó los gastos de desembolso personal conforme a las condiciones de este Plan.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

ELEGIBILIDAD Y PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN

Usted es responsable de inscribirse de la manera y forma indicada por Su empresa. La elegibilidad y los procedimientos de inscripción del Plan incluyen protecciones administrativas y procesos diseñados para garantizar y verificar que las determinaciones de elegibilidad e inscripción se tomen de acuerdo con el Plan. De vez en cuando, el Plan puede solicitarles documentación a Usted o Sus Dependientes a fin de tomar determinaciones para la continuidad de la elegibilidad. Las opciones de cobertura que se le ofrecerán serán las mismas opciones ofrecidas a otros Empleados en situaciones similares.

PERÍODO DE ESPERA

Usted es elegible para la cobertura del Plan si se cumplen las siguientes condiciones:

- Su empresa ha decidido ser miembro de CEBT;
- Usted es un Empleado que cumple con los requisitos de elegibilidad de Su empresa; y
- Cumple con el período de elegibilidad según lo determinado por Su empresa (sin exceder un máximo de 90 días consecutivos de empleo a tiempo completo); o
- Es un funcionario elegido o designado por Su empresa.

Es elegible para la cobertura en la fecha de finalización del período de elegibilidad determinado por Su Empresa. Esta es Su fecha de elegibilidad.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Un **Empleado elegible** es una persona que la empresa clasifica como Empleado tanto en los registros salariales como de personal, y que trabaja habitualmente a tiempo completo 20 horas o más por semana, pero a efectos de este Plan, no incluye las siguientes clasificaciones de trabajadores, excepto según lo determinado por la empresa a su criterio exclusivo:

- Empleados Externos.
- Contratistas Independientes, según se define en este Plan.
- Asesores a los que la empresa no les paga un sueldo o salario habitual, sino de otra manera.
- Miembros del Directorio, propietarios, socios o funcionarios de la empresa, a menos que desempeñen actividades a tiempo completo según un horario regular.

A efectos de este Plan, los requisitos de elegibilidad se usan únicamente para determinar la elegibilidad inicial de una persona para la cobertura de este Plan. Un Empleado puede conservar su elegibilidad para la cobertura de este Plan si se ausenta temporalmente en un permiso aprobado para ausentarse del trabajo, que se puede combinar con la póliza de seguro por discapacidad a corto plazo de la empresa, con la expectativa de reintegrarse al trabajo después del permiso aprobado, según lo determine la norma de permisos para ausentarse del trabajo de la empresa, siempre y cuando las contribuciones se sigan pagando puntualmente. La Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) no corresponde hasta que se haya agotado la discapacidad a corto plazo. La clasificación de una persona realizada por la empresa es concluyente, obligatoria y definitiva a efectos de determinar la elegibilidad en este Plan. Ninguna reclasificación del estado de una persona, por ningún motivo, realizada por un tercero, ya sea por un tribunal, agencia del gobierno u otra, sin importar si la empresa está de acuerdo o no con dicha reclasificación, modificará la elegibilidad de una persona para los beneficios.

Un Empleado elegible que esté cubierto por este Plan y que se jubile en el plan formal de jubilación de la empresa será elegible para seguir participando en el Plan después de la jubilación, siempre que la persona continúe haciendo la contribución requerida.

Un **Dependiente elegible** incluye:

- Su cónyuge legal, siempre y cuando esta persona no esté cubierta como Empleado en este Plan. Un Dependiente elegible no incluye una persona de la que Usted obtuvo una separación legal o un divorcio, o que ya no cumple con la definición de una pareja en Concubinato. Es posible que el Administrador del Plan exija documentación del estado civil de una Persona Cubierta.
- La Pareja de Unión Civil de un Empleado Cubierto, que cumpla con el requisito de la Ley de Unión Civil de Colorado.
- Un Hijo Dependiente hasta que cumpla 26 años. El término “**Hijo**” incluye los siguientes Dependientes:
 - Un Hijo biológico natural;
 - Un hijastro;
 - Un hijo adoptado legalmente o un Hijo Puesto en Adopción legal según lo dispuesto por una agencia del gobierno local, estatal o federal responsable de la administración de adopciones o un tribunal si el Hijo no ha cumplido 26 años desde la fecha de dicha puesta en adopción;
 - Un Hijo bajo Su Tutela Legal (o la de Su Cónyuge) según lo ordenado por un tribunal;
 - Un Hijo que se considera un beneficiario alternativo conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO);
 - Un Hijo bajo guarda;
 - Un Hijo de una Pareja de Unión Civil.

Un Dependiente no incluye los siguientes:

- Un Hijo de una Pareja de Unión Libre o un Hijo bajo la Tutela Legal de Su Pareja de Unión Libre;
- Un nieto;
- Una Pareja de Unión Libre;
- Un Hijo Dependiente si está cubierto como Dependiente de otro Empleado en esta Empresa;
- Cualquier otro familiar o persona, a menos que esté cubierto explícitamente por este Plan.

Nota: Un Empleado debe estar cubierto por este Plan a fin de que los Dependientes califiquen para la cobertura y la obtengan.

PREVENCIÓN DE DUPLICACIÓN DE COBERTURA: Toda persona que esté cubierta como Empleado elegible no se considerará también un Dependiente elegible en el mismo Grupo de la Empresa conforme a este Plan.

DERECHO A VERIFICAR EL ESTADO DE ELEGIBILIDAD DE UN DEPENDIENTE: El Plan se reserva el derecho a verificar el estado de elegibilidad de un Dependiente en cualquier momento del año. En caso de que cambie el estado de elegibilidad de un Dependiente durante el Año del Plan, Usted y Su Dependiente tienen la obligación de notificar al Plan. Notifique los cambios de estado a Su Departamento de Recursos Humanos.

COBERTURA EXTENDIDA PARA HIJOS DEPENDIENTES

Un Hijo Dependiente puede ser elegible para la cobertura extendida para Dependientes de este Plan en las siguientes circunstancias:

- El Hijo Dependiente estuvo cubierto por este Plan el día anterior a cumplir 26 años; o
- El Hijo Dependiente es un Dependiente de un Empleado recientemente elegible para el Plan; o
- El Hijo Dependiente es elegible debido a un evento de inscripción especial o un evento de Cambio de Estado que Califica, según se describe en el Section 125 Plan; o
- El Hijo está mental o físicamente discapacitado; o
- El Hijo no puede tener un trabajo para su propia manutención; o

- El Hijo Depende del Empleado Cubierto para su apoyo y manutención; o
- El Hijo no está casado.

Dicho Hijo seguirá siendo un Dependiente elegible de un Empleado cubierto o podrá ser inscrito como Dependiente de un nuevo Empleado. Si el Hijo no ha cumplido ininterrumpidamente con todas las condiciones anteriores desde que cumplió una edad límite, no será elegible para la cobertura del Plan.

El Hijo Dependiente también debe calificar en la siguiente categoría:

Si Usted tiene un Hijo Dependiente cubierto por este Plan que es menor de 26 años y está Totalmente Discapacitado, ya sea física o mentalmente, la cobertura de salud de ese Hijo puede continuar después del día en que de lo contrario dejaría de ser un Dependiente conforme a las condiciones de este Plan. Usted debe presentar un comprobante por escrito de que el Hijo está Totalmente Discapacitado dentro de los 30 días calendario después del día en que la cobertura del Dependiente normalmente terminaría. El Plan puede, durante tres años, solicitar comprobantes adicionales en cualquier momento. Después de ese plazo, el Plan puede solicitar comprobantes solamente una vez por año. La cobertura puede continuar sujeta a los siguientes requisitos mínimos:

- El Dependiente, debido a su discapacidad, no puede tener un trabajo para su propia manutención; y
- Se debe presentar un comprobante de la discapacidad según lo requerido (el Aviso de Asignación de Ingresos del Seguro Social es aceptable); y
- El Empleado debe seguir estando cubierto por este Plan.

Un Hijo Dependiente Totalmente Discapacitado mayor de 26 años que pierda la cobertura de este Plan no puede reinscribirse en el Plan en ninguna circunstancia.

Si dos Empleados son elegibles para la cobertura de este Plan a través de la misma Empresa contribuyente, un mismo Dependiente solamente puede ser inscrito por uno de los Empleados. Los dos Empleados no pueden inscribir al mismo Dependiente en la cobertura del Plan.

IMPORTANTE: Es Su responsabilidad notificar al Patrocinador del Plan dentro de los 60 días si Su Dependiente deja de cumplir con los criterios indicados en esta sección. Si, en algún momento, el Dependiente no cumple con las características de un Dependiente Totalmente Discapacitado, el Plan tiene derecho a recibir un reembolso del Dependiente o del Empleado por los reclamos de la vista pagados por el Plan durante el período en que el Dependiente no calificó para la cobertura extendida. Consulte la sección Continuación de la Cobertura de COBRA de este documento.

Los Empleados tienen derecho a elegir qué Dependientes elegibles están cubiertos por el Plan.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL EMPLEADO

Su cobertura comenzará en la última de las siguientes fechas:

- Su cobertura comenzará a las 12:01 a.m., Hora Estándar, de Su fecha de vigencia. Debe empezar a trabajar activamente para la Empresa antes de que la cobertura del Plan entre en vigencia; o
- Si Usted es elegible para inscribirse conforme a la Disposición de Inscripción Especial, Su cobertura entrará en vigencia en la fecha establecida en la sección sobre dicha disposición si la solicitud se presenta dentro de los 30 días después del evento.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES

La cobertura de Su Dependiente entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:

- La fecha en que comience Su cobertura en el Plan si Usted inscribe al Dependiente en ese momento; o
- La fecha en que Usted adquiera Su Dependiente si la solicitud se presenta dentro de los 30 días calendario después de haber adquirido el Dependiente; o

- La fecha establecida en la Disposición de Inscripción Especial si Su Dependiente es elegible para inscribirse conforme a dicha disposición y la solicitud se presenta dentro de los 30 días después del evento; o
- La fecha especificada en una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos o la fecha en que el Administrador del Plan determine que la orden es una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos; o
- En el caso de una pareja de Unión Civil, la fecha en que Usted cumpla con la definición de Dependiente según lo indicado en el Plan.

Si se requiere una contribución adicional, se cobrará una contribución a partir del primer día de cobertura del Dependiente. En ningún caso Su Dependiente estará cubierto antes del día en que comience la cobertura de Usted.

Cuando ambos padres son Empleados de la misma Empresa contribuyente, solamente uno puede inscribir Dependientes en la cobertura.

PERÍODO ANUAL DE INSCRIPCIONES ABIERTAS

Durante el período anual de inscripciones abiertas, los Empleados y Jubilados elegibles podrán inscribirse e inscribir a sus Dependientes elegibles en la cobertura de este Plan. Los Empleados y Jubilados cubiertos podrán hacer cambios en la cobertura para sí mismos y para sus Dependientes elegibles.

Si Usted o Su Dependiente comienzan a estar cubiertos por este Plan como resultado de elegir la cobertura durante el período anual de inscripciones abiertas, se aplicará lo siguiente:

- La empresa enviará un aviso por escrito a los Empleados elegibles antes del inicio de un período anual de inscripciones abiertas; y
- Este Plan no se aplica a los cargos por servicios prestados o tratamiento recibido antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura de la Persona Cubierta; y
- La Fecha de Vigencia de la cobertura será enero 1 o julio 1, después del período anual de inscripciones abiertas, según el Período de Renovación de su Empresa.

DISPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

Si Usted tiene un evento de inscripción especial, el Plan le brindará una nueva fecha de inscripción en el Plan según se indica a continuación. En ese momento, Usted podrá inscribirse en el Plan médico sin estar sujeto a las disposiciones para personas inscritas tardíamente del Plan. Si el Plan tiene más de una opción de beneficios, Usted podrá elegir entre todas las opciones para las que sea elegible.

PÉRDIDA DE COBERTURA DE LA VISTA

Si Usted o Sus Dependientes pierden otra cobertura de la vista de grupo o seguro de la vista y son elegibles de alguna manera conforme a este Plan, y no se inscribieron cuando fueron elegibles por primera vez porque Usted o Sus Dependientes tenían otra cobertura de la vista, Usted o Sus Dependientes podrán inscribirse en la cobertura de la vista de este Plan si Usted cumple con las siguientes condiciones:

- Usted o Sus Dependientes estaban cubiertos por una póliza de seguro de la vista o un plan de la vista de grupo en el momento en que se les ofreció la cobertura de este Plan por primera vez; y
- La cobertura de la otra póliza de seguro de la vista o plan de la vista de grupo:
 - Era conforme a la disposición de continuación de COBRA federal y esa cobertura se canceló o agotó; o
 - Era conforme a otro tipo de cobertura y dicha cobertura se canceló como resultado de lo siguiente:
 - Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de separación legal, divorcio, muerte, terminación del empleo o reducción en la cantidad de horas del empleo; o
 - La empresa actual o anterior dejó de contribuir dinero para la cobertura; y
 - No se canceló debido a la falta de pago puntual de las primas por parte de la persona o por causa justificada, por ejemplo, por presentar un reclamo fraudulento o una declaración falsa intencional de un hecho importante.

Usted o Su Dependiente deben presentar una solicitud de cobertura en este Plan dentro de los 30 días después de la fecha en que terminó la otra cobertura.

Usted o Sus Dependientes estaban cubiertos por un plan de Medicaid o un plan de salud infantil estatal y Su cobertura o la de Sus Dependientes se canceló debido a la pérdida de elegibilidad. Usted debe solicitar la cobertura de este Plan dentro de los 60 días después de la fecha de cancelación de dicha cobertura.

PERSONAS RECIENTEMENTE ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID O EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL

Un Empleado actual y sus Dependientes pueden ser elegibles para un período de inscripción especial si se determina que el Empleado o sus Dependientes son elegibles, conforme a un plan de Medicaid del estado o un plan de salud infantil estatal, para la asistencia con las primas con respecto a la cobertura de este Plan. El Empleado debe solicitar la cobertura de este Plan dentro de los 60 días después de la fecha en que se determine que el Empleado o sus Dependientes son elegibles para dicha asistencia.

COBERTURA PARA JUBILADOS

Los Empleados Jubilados y sus Dependientes pueden, a elección de la Empresa para la cual trabajaban, continuar con la cobertura. El jubilado debe tener al menos 50 años y:

- Tener diez (10) años de cobertura ininterrumpida de cualquier Empresa participante; o
- Haber estado empleado por una Empresa participante durante al menos quince (15) años, o cumplir con cualquier otra restricción que la Empresa imponga. El jubilado puede continuar con la cobertura hasta los 65 años.

La Cobertura para el Jubilado continuará hasta la fecha en que este cumpla 65 años. En ese momento, también terminará la cobertura para los Dependientes del jubilado. El jubilado debe pagar su parte de las contribuciones al Plan.

Si la Empresa actualmente permite que los Dependientes de un jubilado cubierto permanezcan en el Plan después de que el jubilado cumpla 65 años, CEBT ya no permitirá esto después de 12/31/2017.

Nota: Si Usted es elegible para Medicare, los reclamos se deben presentar ante Medicare primero. Después de que Medicare haya procesado Su reclamo, el reclamo y la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de Medicare se deben presentar ante este Plan.

CAMBIO EN LA SITUACIÓN FAMILIAR

Los Empleados actuales y sus Dependientes, los Beneficiarios Calificados de COBRA y otras personas elegibles tienen oportunidades especiales de inscribirse en la cobertura de este Plan si sufren cambios en la situación familiar.

Si una persona adquiere elegibilidad como Dependiente a través de un matrimonio, nacimiento, adopción o Puesta en Adopción, el Empleado, el cónyuge y los Dependientes recientemente adquiridos que no estén inscritos aún pueden inscribirse en la cobertura de salud de este Plan durante un período de inscripción especial. El Empleado debe solicitar la cobertura dentro de los 30 días calendario después del matrimonio, nacimiento, adopción o Puesta en Adopción.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA CONFORME A LA DISPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si una persona elegible solicita correctamente la cobertura durante este período de inscripción especial, la cobertura entrará en vigencia de la siguiente manera:

- En caso de matrimonio, en la fecha del matrimonio (tenga en cuenta que las personas elegibles deben presentar sus formularios de inscripción antes de las Fechas de Vigencia de la cobertura para que las reducciones salariales tengan un tratamiento impositivo preferencial a partir de la fecha en que comienza la cobertura); o
- En el caso del nacimiento de un Dependiente, en la fecha de dicho nacimiento; o
- En el caso de la adopción de un Dependiente, en la fecha de dicha adopción o Puesta en Adopción; o
- En el caso de la elegibilidad para la asistencia con las primas conforme a un plan de Medicaid del estado o un plan de salud infantil estatal, en la fecha en que se reciba la solicitud aprobada de cobertura; o
- En el caso de pérdida de la cobertura, en la fecha posterior a la pérdida de la cobertura.

HIJOS ADOPTADOS Y RECIÉN NACIDOS

Si no tiene cobertura de otro plan, un Hijo recién nacido de un Empleado o cónyuge Dependiente cubierto tiene cobertura de forma automática durante los primeros 31 días de vida y un Hijo adoptado tiene cobertura de forma automática durante el período de 31 días inmediatamente posterior a la puesta en adopción. Se debe inscribir al Hijo recién nacido o adoptado en el Plan oportunamente, según lo descrito más arriba en la sección Fecha de Vigencia de la Cobertura para Sus Dependientes. Si no se inscribe oportunamente al Dependiente, la cobertura del Hijo se cancelará al finalizar el período de 31 días.

DISPOSICIÓN DE TRANSFERENCIA DE LA COBERTURA ENTRE CÓNYUGES

Si ambos cónyuges son Empleados y cada uno de ellos ha obtenido la cobertura individual de este Plan, este Plan permite a Su cónyuge obtener la cobertura como Su Dependiente en cualquier momento.

Además, si ambos cónyuges son Empleados y son elegibles para la cobertura de este Plan y Su cónyuge renunció anteriormente a la cobertura como Empleado para tener la cobertura como Su Dependiente, este Plan permite a Su cónyuge obtener la cobertura como Empleado conforme al Plan e inscribirlos a Usted y a cualquier otro Dependiente elegible como Dependientes de Su cónyuge cuando:

- Usted y Su cónyuge decidan transferir la cobertura del Plan de un cónyuge al otro;
- Su cónyuge decida obtener la cobertura como Empleado por cualquier motivo; o
- Usted cancele Su cobertura del Plan por cualquier motivo.

Para inscribirse oportunamente, Su cónyuge debe elegir la cobertura de este Plan dentro de los 30 días después de la fecha en que termine Su cobertura. La cobertura de este Plan de Su cónyuge entrará en vigencia el día en que termine Su cobertura.

Si Su cónyuge presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha en que termine Su cobertura, Usted no será elegible para la cobertura hasta el siguiente período anual de inscripciones

CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS

Cualquier cambio en los beneficios entrará en vigencia en la fecha del cambio para todos los Empleados y Dependientes. Cualquier cambio en la cobertura entrará en vigencia en la fecha del cambio para todos los Empleados y Dependientes.

DISPOSICIONES ESPECIALES EN CASO DE NO ESTAR TRABAJANDO ACTIVAMENTE

Si Usted sigue pagando las contribuciones requeridas al Plan, Su cobertura permanecerá en vigencia por un período no mayor a:

- Un año durante un permiso aprobado no militar para ausentarse del trabajo (incluido un permiso para ausentarse del trabajo por discapacidad total); o
- Dos años consecutivos durante una licencia sabática aprobada.

Los períodos indicados anteriormente se reducirán según la cobertura exigida por la Ley de Licencia Médica y Familiar. El Plan debe seguir en vigencia para que se aplique esta disposición.

Al final de este período, se ofrecerá la continuación de COBRA.

CONTINUACIÓN PARA DEPENDIENTES SUPÉRSTITES

Si Usted tiene cobertura de Dependientes en vigencia en la fecha de Su muerte, la cobertura de este Plan continuará para Sus Dependientes supérstites que estén cubiertos por el Plan el día inmediatamente anterior a Su muerte. La Continuación de la Cobertura para Dependientes supérstites terminará en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que Sus Dependientes supérstites comiencen a estar cubiertos por cualquier otro plan de grupo;
- Al final de los dos años consecutivos siguientes a Su muerte.

Esta continuación será simultánea a cualquier continuación de la cobertura exigida por COBRA. Durante este período, no se aplicará ninguna contribución para las primas requeridas.

RELACIÓN CON EL SECTION 125 CAFETERIA PLAN

Este Plan también podría permitir cambios adicionales en la inscripción debido eventos de cambio de estado conforme al Section 125 Cafeteria Plan de la empresa. Para obtener más información, consulte el Section 125 Cafeteria Plan de la empresa.

CANCELACIÓN

Para obtener información sobre la continuación de la cobertura, consulte la sección Continuación de la Cobertura de COBRA de este Resumen de Descripción del Plan.

LA COBERTURA DEL EMPLEADO

Su cobertura de este Plan terminará en la primera de las siguientes fechas:

- El fin del período por el que se hizo Su última contribución, si Usted no hace una contribución requerida para pagar el costo de la cobertura puntualmente; o
- La fecha en que se cancele este Plan; o
- La fecha en que se cancele la cobertura para Su clase de beneficios; o
- El último día del mes en que Usted diga al Plan que cancele Su cobertura, si Usted la cancela voluntariamente mientras sigue siendo elegible, debido a un cambio de estado o una inscripción especial, o en los períodos anuales de inscripciones abiertas; o
- El fin del período de estabilidad en el que Usted se hizo miembro de una clase sin cobertura, según lo determine la empresa, excepto lo siguiente:
 - Si Usted se encuentra temporalmente ausente del trabajo debido a un permiso aprobado para ausentarse del trabajo por razones médicas o de otra índole, Su cobertura de este Plan continuará durante dicha ausencia por hasta 1 año, siempre y cuando se pague puntualmente la contribución correspondiente del Empleado.
 - Dos años consecutivos durante una licencia sabática aprobada.
 - Si Usted se encuentra temporalmente ausente del trabajo debido al servicio militar activo, consulte USERRA en la sección Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados de 1994; o
- El último día del mes en que termine Su empleo; o
- Al final del período por el que se adeudaba y no se pagó cualquier contribución requerida del Empleado o de la Empresa; o
- La fecha en que ingrese en el servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país; o
- La fecha en que Usted presente un reclamo falso o participe en cualquier otro tipo de acto fraudulento en relación con este Plan o cualquier otro plan de grupo.

LA COBERTURA DE SU DEPENDIENTE

La cobertura de Su Dependiente terminará en la primera de las siguientes fechas:

- El fin del período por el que se hizo Su última contribución, si Usted no hace una contribución requerida para pagar el costo de la cobertura de Su Dependiente puntualmente; o
- El día del mes en que termine Su cobertura, excepto que, en caso de la muerte del Empleado, la cobertura para el Dependiente pueda continuar durante dos años consecutivos; o
- El último día del mes en que Su Dependiente deje de ser Su cónyuge legal o no cumpla con la definición de pareja en Concubinato debido a una separación legal o un divorcio, según lo determine la ley del estado en el que Usted reside; o
- El último día del mes en que Su Hijo Dependiente cumpla la edad límite que se indica en la sección Elegibilidad e Inscripción; o

- Si Su Hijo Dependiente califica para la cobertura extendida para Dependientes por estar Totalmente Discapacitado, el último día del mes en que Su Hijo Dependiente deje de ser considerado Totalmente Discapacitado conforme a las condiciones del Plan; o
- El último día del mes en que Su Hijo Dependiente deje de cumplir con un criterio de elegibilidad obligatorio enumerado en la sección Elegibilidad e Inscripción; o
- La fecha en que la cobertura para el Dependiente deje de ser ofrecida por este Plan; o
- El último día del mes en que Usted diga al Plan que cancele la cobertura de Su Dependiente, si Usted la cancela voluntariamente mientras este sigue siendo elegible, debido a un cambio de estado o una inscripción especial, o en los períodos anuales de inscripciones abiertas; o
- El último día del mes en que el Dependiente comience a estar cubierto como Empleado por este Plan; o
- La fecha en que el Dependiente ingrese en el servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país; o
- La fecha en que Usted o Su Dependiente presente un reclamo falso o participe en cualquier otro tipo de acto fraudulento en relación con este Plan o cualquier otro plan de grupo.

RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA

Si Su cobertura termina debido al fin del empleo, un permiso para ausentarse del trabajo, la reducción de horas o el despido y Usted vuelve a calificar para la elegibilidad en este Plan (es recontratado o se lo considera recontratado a efectos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) dentro de las 26 semanas a partir de la fecha en que terminó Su cobertura, se restablecerá Su cobertura. Si Su cobertura termina debido al fin del empleo, un permiso para ausentarse del trabajo, la reducción de horas o el despido y Usted no vuelve a calificar para la elegibilidad en este Plan (no es recontratado o no se lo considera recontratado a efectos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) dentro de las 26 semanas a partir de la fecha en que terminó Su cobertura, y Usted no prestó ninguna hora de servicio que se haya acreditado dentro del período de 26 semanas, se lo tratará como una nueva contratación y deberá cumplir con todos los requisitos de un Empleado nuevo. Consulte la información sobre la Ley de Licencia Médica y Familiar y la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados para conocer posibles excepciones, o comuníquese con Su oficina de Recursos Humanos o de Personal.

AVISO IMPORTANTE PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y CÓNYUGES MAYORES DE 65 AÑOS

El Plan no puede cancelar Su cobertura debido a Su edad ni estado de Medicare. Un Empleado activo que sea elegible para Medicare debido a su edad (mayor de 65 años) tiene la opción de:

- Mantener la cobertura de este Plan, en cuyo caso los beneficios de Medicare serían secundarios a los de este Plan; o
- Terminar la cobertura de este Plan, en cuyo caso Medicare sería la única cobertura disponible para el Empleado.

El cónyuge de un Empleado activo que sea elegible para Medicare debido a su edad (mayor de 65 años) tiene las mismas opciones.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Nota: UMR (el administrador de reclamos) no administra los beneficios ni los servicios descritos en esta disposición. Si tiene alguna pregunta relacionada con esta cobertura o estos servicios, comuníquese con el administrador de beneficios o con Su empresa.

Importante: Lea esta disposición en su totalidad para conocer los derechos y obligaciones de una Persona Cubierta conforme a COBRA.

El siguiente es un resumen de los requisitos federales de continuación de la cobertura conforme a la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA) de 1985, con sus enmiendas. Este resumen generalmente brinda una explicación sobre la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para Usted y Su familia, y qué deben hacer Usted y Sus Dependientes para proteger el derecho a recibirla. Cuando Usted adquiere elegibilidad para COBRA, también puede adquirir elegibilidad para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Este resumen constituye un aviso general de los derechos de una Persona Cubierta conforme a COBRA, pero no pretende cumplir con todos los requisitos de la ley federal. Su empresa o el Administrador de COBRA les brindarán información adicional a Usted o Sus Dependientes según sea necesario.

Si Usted pierde Su cobertura de salud de grupo, es posible que tenga otras opciones disponibles. Por ejemplo, podría ser elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en una cobertura a través del Mercado, podría calificar para menores costos en Sus primas mensuales y menores costos de desembolso personal. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte Personas Inscritas Tardíamente.

INTRODUCCIÓN

La ley federal concede a ciertas personas, conocidas como Beneficiarios Calificados (definidos más abajo), el derecho a continuar sus beneficios de atención de la salud (incluidos los beneficios de la vista) después de la fecha en que de lo contrario perderían la cobertura. El Beneficiario Calificado debe pagar el costo total de la continuación de la cobertura de COBRA, más un cargo administrativo. En general, un Beneficiario Calificado tiene los mismos derechos y obligaciones conforme al Plan que un participante activo.

Un Beneficiario Calificado puede optar por continuar con la cobertura de este Plan si la cobertura de dicha persona terminaría debido a un evento de vida, conocido como un Evento que Califica (según se describe más abajo). Cuando un Evento que Califica causa (o causará) una Pérdida de Cobertura, el Plan debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA. Pérdida de Cobertura significa más que perder la cobertura por completo. Significa que una persona deja de estar cubierta conforme a los mismos términos y condiciones que están en vigencia inmediatamente antes del Evento que Califica. En resumen, un Evento que Califica más una Pérdida de Cobertura conceden a un Beneficiario Calificado el derecho a elegir la cobertura de COBRA.

Por lo general, Usted, Su cónyuge cubierto y Sus Hijos Dependientes pueden ser Beneficiarios Calificados y ser elegibles para elegir la continuación de la cobertura de COBRA, aunque Usted o Su Dependiente ya estén cubiertos por otro plan de salud de grupo patrocinado por una empresa o estén inscritos en Medicare en el momento de la elección de COBRA.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA PARA LOS BENEFICIARIOS CALIFICADOS

La duración de la continuación de la cobertura de COBRA que se ofrece varía según quién sea el Beneficiario Calificado y qué tipo de **Evento que Califica** se tenga, según se describe a continuación.

Si Usted es un Empleado, se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde Su cobertura del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes Eventos que Califican:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
<ul style="list-style-type: none">• Su empleo termina por cualquier otra razón que no sea una conducta inadecuada grave	hasta 18 meses
<ul style="list-style-type: none">• Sus horas de trabajo se reducen	hasta 18 meses

(Existen dos maneras para extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA. Consulte la siguiente sección titulada “Derecho a Extender la Continuación de la Cobertura de COBRA” para obtener más información).

El cónyuge de un Empleado se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde la cobertura del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes Eventos que Califican:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
<ul style="list-style-type: none">• El Empleado fallece	hasta 36 meses
<ul style="list-style-type: none">• Las horas de trabajo del Empleado se reducen	hasta 18 meses
<ul style="list-style-type: none">• El empleo del Empleado termina por cualquier otra razón que no sea una conducta inadecuada grave	hasta 18 meses
<ul style="list-style-type: none">• El Empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, Parte B o ambas)	hasta 36 meses
<ul style="list-style-type: none">• El Empleado y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente	hasta 36 meses

Los Hijos Dependientes de un Empleado se convertirán en Beneficiarios Calificados si pierden la cobertura del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes Eventos que Califican:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
<ul style="list-style-type: none">• El padre Empleado fallece	hasta 36 meses
<ul style="list-style-type: none">• El empleo del padre Empleado termina por cualquier otra razón que no sea una conducta inadecuada grave	hasta 18 meses
<ul style="list-style-type: none">• Las horas de trabajo del padre Empleado se reducen	hasta 18 meses
<ul style="list-style-type: none">• El padre Empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	hasta 36 meses
<ul style="list-style-type: none">• Los padres se divorcian o se separan legalmente	hasta 36 meses
<ul style="list-style-type: none">• El Hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan en calidad de Dependiente	hasta 36 meses

La Continuación de la Cobertura de COBRA para Empleados Jubilados y sus Dependientes se describe a continuación:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
<ul style="list-style-type: none">• Si Usted es un Empleado Jubilado y Su cobertura se reduce o se cancela debido a que adquiere derecho a Medicare y, como resultado, la cobertura de Su Dependiente también se cancela, Su cónyuge e Hijos Dependientes también pueden convertirse en Beneficiarios Calificados.	hasta 36 meses

- Si Usted es un Empleado Jubilado y Su empresa declara la bancarrota conforme al Título 11 del Código de los Estados Unidos, la bancarrota puede ser un Evento que Califica. Si la bancarrota provoca la Pérdida de Cobertura del Empleado Jubilado en este Plan, el Empleado Jubilado es un Beneficiario Calificado. Los Hijos Dependientes y el cónyuge o cónyuge supérstite del Empleado Jubilado también serán Beneficiarios Calificados si la bancarrota resulta en la Pérdida de su Cobertura de este Plan.

- Empleado Jubilado
- Dependientes

De por vida
36 meses

Nota: Un cónyuge o Hijo Dependiente recientemente adquirido por nacimiento o adopción durante un período de continuación de la cobertura es elegible para ser inscrito como Dependiente. La disposición de inscripción estándar del Plan se aplica a los afiliados durante la continuación de la cobertura. Un Dependiente, que no sea un Hijo recién nacido ni recientemente adoptado, que es adquirido e inscrito después del Evento que Califica original, no es elegible como Beneficiario Calificado si ocurre un Evento que Califica subsiguiente.

PROCEDIMIENTOS DE AVISO DE COBRA

AVISOS QUE UNA PERSONA CUBIERTA DEBE ENVIAR CONFORME A ESTE RESUMEN DE DESCRIPCIÓN DEL PLAN

A fin de ser elegibles para recibir la continuación de la cobertura de COBRA, los Empleados cubiertos y sus Dependientes tienen la obligación de enviar un aviso por escrito al administrador si se producen determinados Eventos que Califican (incluido el divorcio o la separación legal del Empleado y su cónyuge, y la pérdida de elegibilidad de un Hijo Dependiente para la cobertura en calidad de Dependiente). Siga las reglas que se describen en este procedimiento cuando deba enviar un aviso al administrador, ya sea a Su empresa o al administrador de COBRA.

El aviso por escrito de un Beneficiario Calificado debe incluir todos los datos siguientes (se encuentra disponible a solicitud un formulario para notificar al administrador de COBRA):

- El nombre, la dirección actual y el número de teléfono completo del Beneficiario Calificado,
- El número de grupo y el nombre de la empresa para la cual trabaja el Empleado
- Una descripción del Evento que Califica (es decir, el evento de vida que tuvo) y
- La fecha en que ocurrió u ocurrirá el Evento que Califica.

A efectos de los plazos descritos en este Resumen de Descripción del Plan, el matasello del aviso debe ser anterior a la fecha límite. A fin de proteger los derechos de Su familia, se debe mantener informado al Administrador del Plan de los cambios en las direcciones de los miembros de Su familia. Guarde copias de todos los avisos que envíe al Administrador del Plan o al administrador de COBRA.

REQUISITOS DEL AVISO DE COBRA Y PROCESO DE ELECCIÓN

OBLIGACIONES DE LA EMPRESA DE ENVIAR UN AVISO DEL EVENTO QUE CALIFICA

Su empresa le enviará un aviso al Administrador del Plan cuando termine la cobertura debido al fin del empleo o la reducción de horas del Empleado, la muerte del Empleado o el hecho de que el Empleado adquiera el derecho a los beneficios de Medicare debido a la edad o una discapacidad (Parte A, Parte B o ambas). Su empresa notificará al Administrador de COBRA dentro de los 30 días calendario a partir del momento en que ocurra uno de estos eventos.

OBLIGACIONES DEL EMPLEADO DE DAR AVISO DEL EVENTO QUE CALIFICA

La Persona Cubierta debe dar aviso al Administrador del Plan en caso del divorcio o la separación legal del Empleado y su cónyuge, un Hijo Dependiente que deja de ser elegible para la cobertura del Plan o un segundo Evento que Califica. El Empleado cubierto o Beneficiario Calificado debe dar aviso por escrito al Administrador del Plan a fin de garantizar sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA. La Persona Cubierta debe dar este aviso dentro del período de 60 días calendario que comienza en la última de las siguientes fechas:

- La fecha del Evento que Califica; o
- La fecha en que haya una Pérdida de Cobertura (o habría una Pérdida de Cobertura) debido al Evento que Califica original; o
- La fecha en que se informa al Beneficiario Calificado sobre este requisito de aviso al recibir este Resumen de Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

El Administrador del Plan notificará al administrador de COBRA dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se haya dado aviso del Evento que Califica.

El administrador de COBRA, a su vez, enviará un aviso de elección a cada Beneficiario Calificado dentro de los 14 días calendario después de recibir el aviso de un Evento que Califica de parte de la empresa, el Empleado cubierto o el Beneficiario Calificado.

CÓMO ELEGIR CONTINUAR CON LA COBERTURA DE LA VISTA DE GRUPO

Cada Beneficiario Calificado tiene el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. El Beneficiario Calificado recibirá un formulario de elección de COBRA que debe llenar para elegir continuar con la cobertura de la vista de grupo de este Plan. El Beneficiario Calificado puede elegir la cobertura de COBRA en cualquier momento dentro del período de elección de 60 días. El período de elección termina 60 días calendario después de la última de las siguientes fechas:

- La fecha en que termina la cobertura del Plan debido a un Evento que Califica; o
- La fecha en que el Administrador del Plan envíe un aviso de elección al Beneficiario Calificado.

Un Beneficiario Calificado debe notificar por escrito al administrador de COBRA su elección para continuar con la cobertura de la vista de grupo y debe hacer los pagos requeridos puntualmente para seguir estando cubierto. Si el Beneficiario Calificado no elige la continuación de la cobertura de COBRA dentro del período de elección de 60 días, la cobertura de la vista de grupo terminará el día del Evento que Califica.

PAGO DE RECLAMOS Y FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA

Este Plan no pagará ningún reclamo por servicios que el Beneficiario Calificado reciba a partir de la fecha en que se pierda la cobertura debido a un Evento que Califica. Sin embargo, si el Beneficiario Calificado no ha renunciado a la cobertura y decide elegir la continuación de la cobertura de COBRA dentro del período de elección de 60 días, se restablecerá retroactivamente la cobertura de la vista de grupo a la fecha en que se perdió la cobertura, siempre y cuando el Beneficiario Calificado haga el pago requerido puntualmente. Todo reclamo que se haya denegado durante el período de elección inicial de COBRA se volverá a procesar una vez que el administrador de COBRA reciba el formulario de elección de COBRA llenado y el pago requerido.

Si el Beneficiario Calificado renunció previamente a la cobertura de COBRA, pero revoca esa renuncia dentro del período de elección de 60 días, la cobertura no será retroactiva a la fecha del Evento que Califica, sino que entrará en vigencia en la fecha en que se revoque la renuncia.

PAGO DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Los Beneficiarios Calificados deben pagar el costo total de la continuación de la cobertura, que incluye tanto la contribución de la empresa como la del Empleado. Este costo también puede incluir un cargo adicional del 2% para cubrir los gastos administrativos (o, en el caso de la extensión de 11 meses debido a una discapacidad, un cargo adicional del 50%). El costo de la continuación de la cobertura está sujeto a cambios al menos una vez por año.

Si Su empresa ofrece oportunidades de inscripciones abiertas anuales a los Empleados activos, cada Beneficiario Calificado tendrá las mismas opciones conforme a COBRA (por ejemplo, el derecho de agregar o eliminar la cobertura para Dependientes). El costo de la continuación de la cobertura se ajustará en consecuencia.

El **pago inicial** vence a más tardar 45 días calendario después de la fecha en que el Beneficiario Calificado elige COBRA, según consta en la fecha del matasellos del sobre. Este primer pago debe cubrir el costo de la continuación de la cobertura desde el momento en que la cobertura del Plan de lo contrario hubiera terminado, hasta el momento en que se hace el primer pago. Si el pago inicial no se hace dentro del período de 45 días, la cobertura seguirá cancelada, sin la posibilidad de restablecimiento. No hay período de gracia para el pago inicial.

La fecha de vencimiento para los **pagos subsiguientes** generalmente es el primer día del mes de cualquier período de cobertura en particular. Sin embargo, el Beneficiario Calificado recibirá información de pago específica (incluidas las fechas de vencimiento) cuando adquiera elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA y la elija.

Si, por cualquier motivo, un Beneficiario Calificado recibe los beneficios del Plan durante un mes para el que no se hizo el pago a tiempo, el Beneficiario Calificado deberá reembolsar al Plan los beneficios recibidos.

Si el administrador de COBRA recibe un cheque con datos faltantes o discrepancias entre los datos del cheque (p. ej., la cantidad numérica en dólares no coincide con la cantidad escrita en dólares), el administrador de COBRA enviará un aviso al Beneficiario Calificado con información sobre lo que se debe hacer para corregir el error.

Nota: Si un cheque es devuelto por fondos insuficientes, se considerará que no se hizo el pago.

OBLIGACIONES DE AVISO DE UN BENEFICIARIO CALIFICADO MIENTRAS ESTÁ EN COBRA

Siempre mantenga informado al administrador de COBRA de las direcciones actuales de todas las Personas Cubiertas que son o que pueden llegar a ser Beneficiarios Calificados. Si no proporciona esta información al administrador de COBRA, Usted o Sus Dependientes podrían perder derechos importantes conforme a COBRA.

Además, se debe enviar un aviso por escrito al administrador de COBRA dentro de los 30 días calendario después de la fecha en que ocurra uno de los siguientes eventos:

- El Beneficiario Calificado contrae matrimonio. Consulte la sección Disposición de Inscripción Especial de este de este Resumen de Descripción del Plan para obtener información adicional sobre los derechos de inscripción especial.
- Nace un Hijo del Beneficiario Calificado o el Beneficiario Calificado adopta o recibe la Puesta en Adopción de un Hijo. Consulte la sección Disposición de Inscripción Especial de este de este Resumen de Descripción del Plan para obtener información adicional sobre los derechos de inscripción especial.
- La Administración del Seguro Social toma la determinación definitiva de que un Beneficiario Calificado discapacitado ya no se encuentra discapacitado.
- Un Beneficiario Calificado recibe la cobertura de otro plan de salud de grupo o se inscribe en la Parte A o la Parte B de Medicare.

Además, si el administrador de COBRA o el Administrador del Plan solicita información adicional al Beneficiario Calificado, este debe presentar la información solicitada en el plazo descrito en el documento de la solicitud.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de COBRA está disponible hasta los períodos máximos descritos a continuación, sujetos a todas las normas de COBRA y a las condiciones de este Resumen de Descripción del Plan:

- Para Empleados y Dependientes: 18 meses a partir del Evento que Califica, si se debe al fin del empleo o a la reducción de horas de trabajo del Empleado. (Si un Empleado activo se inscribe en Medicare antes del fin del empleo o de la reducción de horas, el cónyuge y los Hijos Dependientes cubiertos tendrán derecho a la continuación de la cobertura de COBRA durante el plazo que sea mayor: 18 meses a partir del fin del empleo o la reducción de horas del Empleado o 36 meses a partir de la Fecha de Inscripción en Medicare anterior, independientemente de que la inscripción en Medicare sea o no un Evento que Califica).
- Solo para Dependientes: 36 meses a partir del Evento que Califica, si se pierde la cobertura debido a uno de los siguientes eventos:
 - Muerte del Empleado.
 - Divorcio o separación legal del Empleado.
 - Inscripción del exEmpleado en Medicare.
 - Pérdida de elegibilidad como Dependiente, según se define en el Plan, de un Hijo Dependiente.
- Para Empleados Jubilados y Dependientes de Empleados Jubilados solamente: Si la bancarrota de la empresa es el Evento que Califica que causa la Pérdida de Cobertura, los Beneficiarios Calificados pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA por los siguientes períodos máximos, sujetos a todas las normas de COBRA. El Empleado Jubilado cubierto puede continuar con la cobertura de COBRA por el resto de su vida. El cónyuge cubierto, el cónyuge supérstite o el Hijo Dependiente del Empleado Jubilado cubierto podrán mantener la cobertura hasta la primera de las siguientes fechas:
 - La fecha en que fallece el Beneficiario Calificado; o
 - La fecha en que se cumplen 36 meses de la muerte del Empleado Jubilado cubierto.

DERECHO A EXTENDER LA DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Durante la continuación de la cobertura de COBRA, ciertos Beneficiarios Calificados podrían tener derecho a extender la continuación de la cobertura, siempre y cuando den aviso por escrito al Administrador de COBRA lo antes posible, pero sin excederse de los plazos **obligatorios** que se indican más abajo.

Determinación de Discapacidad del Seguro Social (Para Empleados y Dependientes): Se puede conceder a un Beneficiario Calificado una extensión de 11 meses al período inicial de continuación de la cobertura de COBRA de 18 meses, durante un total máximo de 29 meses de COBRA, en caso de que la Administración del Seguro Social determine que el Beneficiario Calificado está discapacitado ya sea antes de adquirir elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA o dentro de los primeros 60 días de estar cubierto. Esta extensión no se aplicará si la continuación de COBRA original fue de 36 meses.

Si el Beneficiario Calificado tiene miembros de su familia que no están discapacitados y que también son Beneficiarios Calificados, esos miembros de su familia que no están discapacitados también tienen derecho a la extensión por discapacidad.

El Beneficiario Calificado debe dar al administrador de COBRA una copia de la carta de determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social antes del fin del período inicial de 18 meses y dentro de los 60 días después de la última de las siguientes fechas:

- La fecha de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social;
- La fecha en que ocurre el Evento que Califica;
- La fecha en que el Beneficiario Calificado pierde (o perdería) la cobertura debido al Evento que Califica; o
- La fecha en que el Beneficiario Calificado queda informado sobre el requisito de notificar la discapacidad al administrador de COBRA mediante este Resumen de Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

Nota: Es posible que las primas sean más altas después del período inicial de 18 meses para las personas que ejercen esta disposición de extensión de discapacidad disponible conforme a COBRA.

Si la Administración del Seguro Social determina que el Beneficiario Calificado ya no se encuentra discapacitado, este debe notificarlo al Plan dentro de los 30 días posteriores a dicha determinación.

Segundo Evento que Califica (Solo Dependientes): Si Su familia tiene otro Evento que Califica mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los Hijos Dependientes de Su familia que sean Beneficiarios Calificados pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se avisa del segundo evento al administrador de COBRA. Esta cobertura adicional puede estar disponible para el cónyuge o los Hijos Dependientes que sean Beneficiarios Calificados si el Empleado o ex empleado fallece, adquiere derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente, o si el Hijo Dependiente pierde la elegibilidad como Dependiente conforme al Plan. Esta extensión está disponible únicamente si los Beneficiarios Calificados estuvieron cubiertos por el Plan antes del Evento que Califica original o, en el caso de un Hijo recién nacido incorporado como resultado de un derecho de inscripción especial conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Los Dependientes adquiridos durante la continuación de COBRA (excepto Hijos recién nacidos y recientemente adoptados) no son elegibles para continuar con la cobertura como resultado de un Evento que Califica subsiguiente. Estos eventos derivarán en la extensión solamente cuando el evento habría provocado la pérdida de la cobertura del cónyuge o del Hijo Dependiente si el primer Evento que Califica no hubiese ocurrido.

Usted o Sus Dependientes deben avisar de un segundo Evento que Califica al administrador de COBRA dentro de un período de 60 días que comienza a correr en la última de las siguientes fechas:

- La fecha del segundo Evento que Califica; o
- La fecha en que el Beneficiario Calificado pierde (o perdería) la cobertura debido al segundo Evento que Califica; o
- La fecha en que el Beneficiario Calificado queda informado sobre el requisito de notificar el segundo Evento que Califica al administrador de COBRA mediante este Resumen de Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

OPCIONES DE COBERTURA APARTE DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Es posible que haya otras opciones de cobertura para Usted y Su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otra cobertura de plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) durante el llamado "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Usted puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.cuidadodesalud.gov/es.

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque aún está empleado, después del período de inscripción inicial en Medicare, Usted tiene un período de inscripción especial de ocho meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir del (a) mes posterior al fin de Su empleo o (b) mes posterior al fin de la cobertura del plan de salud de grupo de Su empleo actual, lo que ocurra primero.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte B y podría tener una interrupción en la cobertura si más adelante decide que quiere inscribirse en la Parte B. Si elige la continuación de la Cobertura de COBRA y después se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar Su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia a partir de la fecha de elección de COBRA, no se puede interrumpir la cobertura de COBRA debido a que Usted adquirió derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA. Si se inscribe tanto en la continuación de la cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (como pagador primario) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará segundo. Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

CANCELACIÓN TEMPRANA DE LA CONTINUACIÓN DE COBRA

La continuación de la cobertura de COBRA se puede cancelar antes de que se terminen los períodos máximos de cobertura mencionados arriba por cualquiera de los siguientes motivos:

- La empresa deja de mantener un plan de la vista de grupo para los Empleados. (Tenga en cuenta que, si la empresa cancela el plan de la vista de grupo por el que está cubierto el Beneficiario Calificado, pero sigue manteniendo otro plan de la vista de grupo para Empleados en situación similar, se le ofrecerá al Beneficiario Calificado la continuación de la cobertura de COBRA del otro plan de la vista de grupo que sigue en vigencia, aunque los beneficios y costos podrían no ser los mismos).
- La contribución requerida para la cobertura del Beneficiario Calificado no se paga dentro del plazo expresado en las normas de COBRA.
- Después de elegir la continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado adquiere derecho a Medicare y se inscribe en Medicare.
- Después de elegir la continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado recibe la cobertura de otro plan de salud de grupo.
- Se determina que el Beneficiario Calificado no está discapacitado durante la extensión por discapacidad. El Plan cancelará la continuación de la cobertura de COBRA del Beneficiario Calificado un mes después de que la Administración del Seguro Social tome una determinación de que el Beneficiario Calificado ya no se encuentra discapacitado.
- Cancelación por causa justificada, como la presentación de reclamos fraudulentos.

AVISO ESPECIAL

Si se elige la continuación de la cobertura, se debe mantener la continuación de la cobertura (mediante el pago del costo de la cobertura) durante todo el período de continuación de la cobertura de COBRA. Si no se agota la continuación de la cobertura y no se mantiene durante todo el período de continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado perderá sus derechos de inscripción especial. Es importante tener en cuenta que la pérdida de los derechos de inscripción especial de la HIPAA podría tener efectos adversos para el Beneficiario Calificado ya que le dificultaría obtener cobertura, ya sea una cobertura de salud de grupo o una cobertura de seguro a través del mercado individual o el intercambio. Después de que se agote la continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado tendrá la opción de elegir otra cobertura de salud de grupo o cobertura de seguro a través del mercado individual o el intercambio, de acuerdo con sus derechos de inscripción especial conforme a la HIPAA.

DEFINICIONES

Beneficiario Calificado. Persona cubierta por este Plan de la vista de grupo inmediatamente antes del Evento que Califica. Un Beneficiario Calificado puede ser un Empleado, el cónyuge de un Empleado cubierto o el Hijo Dependiente de un Empleado cubierto. Este incluye un Hijo biológico o Puesto en Adopción de un Empleado cubierto durante el período de cobertura de COBRA del Empleado, si se inscribe al Hijo en el marco de la Disposición de Inscripción Especial del Plan para hijos recién nacidos y adoptados. También incluye un Hijo que estaba recibiendo los beneficios de este Plan conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (QMCSO) inmediatamente antes del Evento que Califica.

Evento que Califica. Pérdida de la Cobertura debido a una de las siguientes circunstancias:

- Muerte del Empleado cubierto.
- Terminación voluntaria o involuntaria del empleo del Empleado cubierto (por razones que no sean una conducta inadecuada grave).
- Reducción de las horas de trabajo del Empleado cubierto.

- Divorcio o separación legal del Empleado cubierto de su cónyuge. (Además, si un Empleado cancela la cobertura para su cónyuge en previsión de un divorcio o una separación legal, y más adelante se concreta el divorcio o la separación legal, este último divorcio o separación legal puede considerarse un Evento que Califica, aunque el excónyuge haya perdido la cobertura antes. Si el excónyuge notifica por escrito al Plan o al administrador de COBRA dentro de los 60 días calendario después del divorcio o de la separación legal, y puede establecerse que la cobertura se eliminó originalmente en previsión del divorcio o de la separación legal, la cobertura de COBRA puede estar disponible para el período posterior al divorcio o la separación legal).
- El ex empleado cubierto se inscribe en Medicare.
- Un Hijo Dependiente deja de calificar como Dependiente, según se define en el Plan.

Pérdida de Cobertura. Cualquier cambio en los términos y condiciones de la cobertura en vigencia inmediatamente antes de un Evento que Califica. Pérdida de Cobertura incluye un cambio en las condiciones de la cobertura, un cambio de plan, la cancelación de la cobertura, la Pérdida parcial de la Cobertura, un aumento en el costo del Empleado, así como otros cambios que afecten los términos o condiciones de la cobertura. La Pérdida de Cobertura no siempre ocurre inmediatamente después del Evento que Califica, pero siempre debe ocurrir dentro del período de cobertura de 18 o 36 meses correspondiente. Una Pérdida de Cobertura que no es causada por un Evento que Califica tal vez no conceda derechos a COBRA.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA PAREJAS DE UNIÓN CIVIL

Las Parejas de Unión Libre no califican como Beneficiarios Calificados conforme a la ley federal COBRA. Por lo tanto, conforme a la ley federal, una Pareja de Unión Libre no tiene derecho a elegir COBRA independientemente y por separado de un Empleado elegible.

Sin embargo, este Plan permite a las Parejas de Unión Civil elegir continuar con la cobertura conforme a una extensión “similar a la de COBRA”, de forma separada e independiente de los Empleados elegibles, sujetas a los mismos términos y condiciones que se describen para los Beneficiarios Calificados según COBRA, cuando ocurra un Evento que Califica.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas referentes a Su Plan o a sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre COBRA, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos de Su área o visite el sitio de Internet de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA se encuentran disponibles a través del sitio de Internet de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

El Administrador del Plan:
CEBT
555 17TH ST STE 2050
DENVER CO 80202

El Administrador de COBRA
ALERUS RETIREMENT AND BENEFITS (PAGOS)
PO BOX 3850
OMAHA NE 68103-3850

Para cualquier otro tipo de correspondencia, use la siguiente dirección:
ALERUS RETIREMENT BENEFITS
PO BOX 64533
ST PAUL MN 55164-0535

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de COBRA al (800) 761-1934 en nuestro horario de atención estándar, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico a cobra@alerus.com.

El Departamento de COBRA está cerrado en reconocimiento de los Días Festivos Federales.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994

INTRODUCCIÓN

Las empresas están obligadas a ofrecer una continuación de la cobertura de cuidado de la salud similar a COBRA a las personas que se encuentren en servicio en las Fuerzas Armadas, si la ausencia por deberes militares tendría como consecuencia una pérdida de cobertura. Los Empleados de licencia por servicio militar deben ser tratados como si estuvieran con un permiso para ausentarse del trabajo y tienen derecho a todos los demás derechos y beneficios conferidos a Empleados en situación similar con permiso de ausencia o para ausentarse del trabajo. Si una empresa tiene diferentes tipos de beneficios disponibles según el tipo de permiso para ausentarse del trabajo, se deben aplicar los beneficios de ausencia comparable más favorables a los Empleados que se encuentren de licencia militar. El restablecimiento después de un permiso de ausencia militar no puede estar sujeto a Períodos de Espera.

COBERTURA

La duración máxima de la continuación de la cobertura de cuidado de la salud exigida por la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) de 1994 es el menor de los siguientes plazos:

- 24 meses a partir del día que comienza el permiso de ausencia para miembros de los servicios uniformados, o
- Un período que comienza el día en que empieza la licencia por servicio militar y termina el día después de que el Empleado no se reintegra al trabajo o no vuelve a solicitar el empleo dentro del plazo permitido por USERRA.

ELECCIÓN Y AVISO DE USERRA

El Empleado, o un funcionario apropiado del servicio uniformado en el que se desempeñará el Empleado, debe notificar a la empresa que el Empleado tiene la intención de dejar su puesto de trabajo para prestar servicio militar. El Empleado debe dar aviso con toda la anticipación que sea razonable según las circunstancias. El Empleado está eximido de dar aviso debido a necesidad militar, o si dar aviso fuera de alguna manera imposible o ilógico según las circunstancias.

Una vez que haya dado aviso de la intención de dejar el puesto de trabajo para prestar servicio militar, los Empleados tendrán la oportunidad de elegir la continuación de USERRA. Los Dependientes no tienen un derecho independiente a elegir la cobertura de USERRA. La elección, el pago y la cancelación de la extensión de USERRA se regirá por los mismos requisitos establecidos en la sección Continuación de la Cobertura de COBRA, en la medida que los requisitos de COBRA no discrepen de los de USERRA.

PAGO

Si las órdenes de licencia militar son por un período de 30 días o menos, el Empleado no está obligado a pagar más que la cantidad que hubiera pagado como Empleado activo. Por períodos de 31 días o más, si un Empleado decide continuar con la cobertura de la vista conforme a USERRA, dicho Empleado y sus Dependientes cubiertos deberán pagar hasta el 102% de la prima completa por la cobertura elegida.

LA COBERTURA EXTENDIDA FUNCIONA SIMULTÁNEAMENTE

Los Empleados y sus Dependientes pueden ser elegibles tanto para COBRA como para USERRA al mismo tiempo. La elección de la extensión de cobertura de COBRA o USERRA que haga un Empleado de licencia por servicio militar se considerará una elección conforme a ambas leyes y, generalmente, se extenderá la cobertura que ofrezca el mayor beneficio para el Empleado. La cobertura conforme a ambas leyes funcionará simultáneamente. Los Dependientes que opten por elegir de forma independiente la cobertura extendida solamente serán considerados elegibles para la extensión de COBRA si no son elegibles para un derecho de elección independiente y separado conforme a USERRA.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

La ley exige que la cobertura de este Plan continúe durante una licencia cubierta por la Ley. La cobertura debe ser la misma que se proporciona conforme al Plan a Empleados activos similares. Esto significa que, si se cambia la cobertura para los Empleados activos similares, también se cambiará para la persona de licencia. El costo de dicha cobertura será:

- Para las licencias de 30 días o menos, la misma contribución que se exige a los Empleados activos;
- Para las licencias de 31 días o más, hasta el 102% de la contribución total.

Esta Ley solo se aplica a la cobertura de salud (es decir, médica, dental, de medicamentos y de la vista). Los beneficios del seguro de vida y por discapacidad a corto y largo plazo no están sujetos a la Ley.

Cualquier cobertura exigida por COBRA se reducirá a consecuencia de la cobertura proporcionada debido a esta Ley.

PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

La continuación de la cobertura conforme a esta disposición se cancelará en el primero de los siguientes eventos:

- La fecha en que Usted no se reintegre al trabajo en la Empresa después de finalizar Su licencia. Los Empleados deben reintegrarse al trabajo:
 - el primer día hábil completo después de terminar el servicio militar, en el caso de las licencias de 30 días o menos. Se concederá un tiempo razonable de viaje para regresar de dicho servicio militar,
 - 14 días después de terminar el servicio militar, en el caso de las licencias de 31 a 180 días,
 - 90 días después de terminar el servicio militar, en el caso de las licencias de más de 180 días; o
- 24 meses después de la fecha en que comenzó Su licencia.

RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA DESPUÉS DE UNA LICENCIA MILITAR

La ley exige que se restablezca la cobertura cuando Usted se reintegre al trabajo. Se aplicará el restablecimiento de la cobertura del Plan independientemente de que esta se haya mantenido o no durante la licencia. Para ser elegible para el restablecimiento de la cobertura, Usted debe ser honorablemente dado de baja del servicio militar y reintegrarse al trabajo:

- El primer día hábil completo después de que termine Su servicio militar, en el caso de las licencias de 30 días o menos. Se concederá un tiempo razonable de viaje para regresar de dicho servicio militar;
- 14 días después de que termine Su servicio militar, en el caso de las licencias de 31 a 180 días;
- 90 días después de que termine Su servicio militar, en el caso de las licencias de más de 180 días.

Se le puede conceder más tiempo para reintegrarse al trabajo si Su servicio militar: provoca una enfermedad o Lesión; o empeora una enfermedad o Lesión. El hecho de no reintegrarse en los plazos indicados tiene que ser debido a dicha enfermedad o Lesión. En ese caso, Usted puede tardar hasta dos años en reintegrarse al trabajo. Si por razones ajenas a Su control, no puede reintegrarse al trabajo dentro de los dos años, deberá hacerlo tan pronto como sea razonablemente posible.

Al restablecerse la cobertura, todas las disposiciones y límites del Plan se aplicarán en la medida en que lo habrían hecho si Usted no se hubiera tomado la licencia. El período de elegibilidad se anulará.

Esto no anula los límites del Plan en caso de enfermedad o Lesión: provocadas o empeoradas por Su servicio militar. La Secretaría de Asuntos de los Veteranos determinará si Su servicio militar provocó o empeoró una enfermedad o Lesión.

NOTA: Para obtener información completa sobre Sus derechos conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados, comuníquese con Su Empresa.

GASTOS CUBIERTOS POR LOS BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA

El Plan pagará los servicios cubiertos de cuidado de la vista Incurridos por una Persona Cubierta, sujetos a los Deducibles; Copagos, si corresponden; cantidades de participación; máximos y límites requeridos que se indican en el Plan de Beneficios. Los beneficios se basan en el cargo Usual y Habitual, la lista de cuotas máximas o la Tarifa Negociada.

BENEFICIOS CUBIERTOS

- Examen de la vista.
- Refracción.
- Lentes.
 - Individual.
 - Bifocales.
 - Trifocales.
 - Lenticulares.
 - Progresivos.
- Marcos.
- Lentes de contacto optativos.
- Adaptación de lentes de contacto.
- Cirugías oculares usadas para mejorar o corregir la vista por trastornos de refracción, que incluyen cirugía LASIK, queratotomía radial, queratoplastia refractiva o cirugía similar. Este beneficio se proporciona en lugar de lentes o lentes de contacto.

EXCLUSIONES

NO se proporcionarán beneficios por nada de lo siguiente:

- Lentes y marcos de seguridad.
- Anteojos de sol o dispositivos para la visión subnormal.
- Ajuste o suministro de anteojos o dispositivos para la vista de venta sin receta, ya sea que estén o no recetados por un médico u Optometrista.
- Servicios de terapia de la vista (incluida la ortóptica).
- Corrección de errores de refracción o de la agudeza visual.
- Aniseiconía.
- Suministros auxiliares para lentes de contacto.
- Reemplazo de lentes o marcos perdidos, robados o rotos.
- Lentes sin aumento (de venta sin receta).

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

La Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) se aplica cada vez que una Persona Cubierta tenga cobertura de la vista de más de un Plan, según se define a continuación. El objetivo de la coordinación de beneficios es ayudar a las Personas Cubiertas a pagar los Gastos Cubiertos, pero sin que el total de beneficios sea mayor que los Gastos Cubiertos Incurridos.

Las reglas de orden para la determinación de beneficios determinan qué plan pagará primero (cuál es el Plan Primario). El Plan Primario paga sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. Un Plan Secundario paga Gastos Cubiertos después de que el Plan Primario haya procesado el reclamo, y reducirá los beneficios que pague de manera que el pago total entre el Plan Primario y el Plan Secundario no exceda los Gastos Cubiertos Incurridos. Entre ambos planes se puede pagar hasta el 100% de los cargos Incurridos.

El Plan coordinará los beneficios con los siguientes tipos de planes médicos o de la vista:

- Planes de la vista de grupo, ya sean asegurados o autoasegurados.
- Planes de salud de grupo, ya sean asegurados o autoasegurados.
- Pólizas de enfermedades específicas.
- Pólizas extranjeras.
- Cobertura médica relacionada con el cuidado de la vista, conforme a pólizas de seguro automotor individuales o de grupo. Consulte las reglas de orden para la determinación de beneficios (más abajo).

Sin embargo, este Plan no coordina beneficios con planes de la vista o de salud individuales.

Cada contrato de cobertura se considera un plan aparte. Si un plan tiene dos partes y las reglas de Coordinación de Beneficios se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan aparte. Si un plan proporciona beneficios en forma de servicios, en lugar de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable de cada servicio prestado se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado.

Cuando este Plan sea Secundario, y no discrepe de un contrato de la red que exija lo contrario, los cargos cubiertos no incluirán ninguna cantidad que no sea pagadera por el plan primario como resultado de un contrato entre el plan primario y un proveedor de servicios, en el cual dicho proveedor acuerda aceptar un pago reducido y no facturar a la Persona Cubierta la diferencia entre la cantidad contratada del proveedor y el cargo que factura habitualmente el proveedor.

REGLAS DE ORDEN PARA LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

La primera de las siguientes reglas que se aplique a la situación de una Persona Cubierta es la regla que se aplicará:

- El plan que no tiene ninguna disposición de coordinación de beneficios se considera primario.
- Cuando haya pagos médicos relacionados con el cuidado de la vista disponibles en un seguro automotor (incluidas las pólizas sin culpa), este Plan siempre se considerará secundario, independientemente de la elección de la persona en la cobertura de Protección de Lesiones Personales (Personal Injury Protection, PIP) de la compañía de seguro automotor.
- Si una persona está cubierta por un plan como dependiente y en otro plan como empleado, miembro o suscriptor, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro o suscriptor (es decir, no como dependiente) se considera primario. Esto no se aplica a los participantes de COBRA. Consulte el ítem sobre la continuación de la cobertura más abajo. El Plan Primario debe pagar beneficios sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. Este Plan considerará a cualquier beneficiario del plan de empleados como elegible para los beneficios primarios del plan de beneficios de su empresa.

- El plan que cubre a la persona como dependiente generalmente es secundario. El plan que cubre a una persona como dependiente es primario únicamente cuando ambos planes aceptan que COBRA o la continuación de la cobertura estatal siempre debería pagar en segundo lugar cuando la persona que eligió COBRA no está cubierta por otro plan como dependiente. Consulte el ítem sobre la continuación de la cobertura más abajo.
- Cuando una persona está cubierta por el plan de su cónyuge y también por el plan de su padre o madre, el plan primario es el plan del cónyuge de la persona. El plan del padre o de la madre es el plan secundario.
- Si uno o más planes cubren a la misma persona como hijo dependiente:
 - El Plan Primario es el plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año si:
 - Los padres están casados; o
 - Los padres no están separados (hayan o no estado casados alguna vez); o
 - Una sentencia judicial otorga custodia conjunta sin especificar que una parte tiene la responsabilidad de proporcionar cobertura de cuidado de la vista.

Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo será el plan primario.

- Si las condiciones específicas de una sentencia judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de la vista o de la cobertura de cuidado de la vista del hijo y el plan de ese padre tiene conocimiento real de dichas condiciones, ese plan es primario. Esta regla se aplica a los períodos de determinación de reclamos o años de plan que comiencen después de que se informa al plan sobre la sentencia judicial.
 - Si los padres no están casados y viven por separado, o están divorciados o legalmente separados (hayan o no estado casados alguna vez), el orden de beneficios es:
 - El plan del padre que tiene la custodia;
 - El plan del cónyuge del padre que tiene la custodia;
 - El plan del padre que no tiene la custodia; y luego
 - El plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia.
- Empleado Activo o Inactivo: Si una persona está cubierta por un plan como empleado activo (o dependiente de un empleado activo) y también está cubierta por otro plan como empleado jubilado o despedido (o dependiente de un empleado jubilado o despedido), el plan que cubra a la persona como empleado activo (o dependiente de un empleado activo) será primario. Esta regla no se aplica si la regla del tercer párrafo (arriba) puede determinar el orden de beneficios. Si el otro plan no tiene esta regla, se ignora esta regla.
- Continuación de la Cobertura conforme a COBRA o a la Ley Estatal: Si una persona ha elegido la continuación de la cobertura conforme a COBRA o a la ley estatal y también tiene la cobertura de otro plan, la continuación de la cobertura es secundaria. Esto se aplica aunque la persona esté inscrita en otro plan como dependiente. Si los dos planes no coinciden en el orden de beneficios, se ignora esta regla.
- Mayor o Menor Duración de la Cobertura: El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado por más tiempo es primario.
- Si un empleado activo está de licencia debido al servicio militar activo durante más de 30 días, el plan que cubre a la persona como empleado activo, miembro o suscriptor se considera primario.
- Si las reglas anteriores no determinan cuál es el Plan Primario, es posible que los Gastos Cubiertos se compartan en partes iguales entre los planes. Este Plan no pagará más de lo que hubiese pagado de haber sido el Plan primario.

TRICARE

Si un Empleado elegible está en el servicio militar activo, TRICARE es la única cobertura disponible para ese Empleado. Los beneficios no se coordinan con el plan de seguro de la vista del Empleado.

En todos los casos en que un Empleado elegible también sea un beneficiario de TRICARE, TRICARE pagará como secundario a este Plan ofrecido por la empresa.

DERECHO A RECIBIR Y A DIVULGAR INFORMACIÓN NECESARIA

Se necesitan algunos datos de la cobertura y de los servicios de cuidado de la vista para aplicar estas reglas de Coordinación de Beneficios y para determinar los beneficios pagaderos por este Plan y otros planes. El Plan puede obtener la información que necesita de otras organizaciones o personas, o se la puede entregar a estas, con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos por este Plan y otros planes que cubren a la persona que reclama beneficios. El Plan no tiene la obligación de informar ni obtener el consentimiento de otra persona para hacer esto. Todas las personas que reclaman beneficios conforme a este Plan deben entregar al Plan toda la información que necesita para aplicar dichas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

REEMBOLSO A ORGANIZACIONES EXTERNAS

Un pago realizado por otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada por este Plan. En este caso, es posible que el Plan pague dicha cantidad a la organización que hizo ese pago. Por lo tanto, esa cantidad se tratará como si fuera un beneficio pagado por este Plan. El Plan no tendrá que pagar nuevamente esa cantidad.

DERECHO A RECUPERACIÓN

Si la cantidad de los pagos realizados por el Plan es mayor de lo que debería haber pagado según esta disposición de Coordinación de Beneficios, el Plan puede recuperar el exceso de una o más personas a quienes haya pagado o por las cuales haya pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios prestados a la Persona Cubierta.

EXCLUSIONES GENERALES

El Plan no paga gastos Incurridos por lo siguiente, aunque se consideren Médicamente Necesarios, a menos que se indique lo contrario a continuación.

1. **Actos de Guerra:** Enfermedad o Lesión causada por (o relacionada con) un conflicto armado internacional, actos hostiles de enemigos extranjeros, invasión, guerra o actos de guerra, ya sea declarada o no declarada.
2. **Citas Perdidas:** Citas a las que no asistió la Persona Cubierta.
3. **Antes de la Fecha de Vigencia y Después de la Cancelación:** Servicios prestados, suministros proporcionados o gastos Incurridos antes de que comience o después de que termine la cobertura de este Plan.
4. Cargos realizados después de **la fecha de cancelación de la Persona Cubierta.**
5. **Condición de Empleo:** Cualquier procedimiento o material exigido como condición de empleo, incluidos, entre otros, los anteojos de seguridad industrial.
6. **Estéticos:** Servicios o tratamiento por razones estéticas según lo determinado por el Plan.
7. **Actividad Delictiva:** Enfermedad o Lesión que sea el resultado de participar en la perpetración de un ataque o una agresión (o un delito similar contra una persona), o un delito grave por el cual se impute a la persona.
8. **Medicamentos.**
9. **Cargos Excedentes:** Cargos o parte de los cargos que excedan el cargo Usual y Habitual, la Tarifa Negociada o la lista de cuotas.
10. **Experimentales, de Investigación o No Comprobados:** Servicios, suministros, medicamentos, tratamientos, centros o equipos que el Plan determine que son Experimentales, de Investigación o No Comprobados, incluidos los servicios administrativos relacionados con los tratamientos Experimentales, de Investigación o No Comprobados.
11. **Lesión o Enfermedad** que surja de o se presente en el transcurso de cualquier ocupación o empleo remunerado o lucrativo. Esto solamente se aplicará cuando haya beneficios disponibles o pagaderos conforme a cualquier Ley de Compensación del Seguro Obrero o Enfermedades Ocupacionales, independientemente de que se haya presentado o no un reclamo por dichos beneficios.
12. **Intereses y Honorarios Legales.**
13. **Tratamiento Médico o Quirúrgico del Ojo,** excepto según se indique específicamente lo contrario.
14. **Medicamentos,** ya sea de venta con o sin receta, que no sean los que se administran en el consultorio del Oftalmólogo o del Optometrista como parte de un servicio cubierto por el Plan.
15. **Militar:** Lesión o Enfermedad relacionada con el servicio militar sufrida por una Persona Cubierta que está en el servicio militar activo, a menos que el pago se exija legalmente.
16. **Terapia Miofuncional.**
17. **No Médicamente Necesarios:** Servicios, suministros, tratamientos, centros o equipos que el Pan determine que no son Médicamente Necesarios.
18. **Estándares Profesionalmente Reconocidos:** Procedimientos que no son necesarios y que no cumplen con los estándares de atención profesionalmente reconocidos.

19. **Reemplazo** de aparatos perdidos, faltantes o robados, independientemente de cualquier otra disposición de este Plan.
20. **Servicios sin Cargo o Costo:** Servicios que la Persona Cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia de este Plan o que están disponibles para la Persona Cubierta sin costo, o que el Plan no tiene obligación legal de pagar, excepto la atención brindada en un centro de los servicios uniformados según el Título 32 del Código de Defensa Nacional, o según lo exigido por la ley.
21. **Servicios que No Son Prestados por un Optometrista ni un Oftalmólogo.**
22. **Servicios o suministros** que se pagan conforme a cualquier otra disposición de este Plan.
23. **Servicios Prestados por un Pariente Cercano.** Consulte la definición de “Pariente Cercano” en la sección Glosario de Términos de este Resumen de Descripción del Plan.
24. **Compensación del Seguro Obrero:** Enfermedad o Lesión que surja de o en el transcurso de cualquier empleo remunerado o lucrativo, sin incluir el trabajo autónomo, por el cual la Persona Cubierta tuvo o podría haber tenido derecho a beneficios conforme a cualquier Ley de Compensación del Seguro Obrero, Ley de Seguro de Compensación para Trabajadores Marítimos y Portuarios de los Estados Unidos u otra legislación, póliza o contrato en relación con enfermedades ocupacionales, independientemente de que dicha póliza o contrato esté en vigencia realmente. Si Usted está cubierto como Dependiente por este Plan y es un empleado autónomo o está empleado por una empresa que no proporciona beneficios de la vista, asegúrese de tener otros beneficios de la vista que cubran Su cuidado de la vista en caso de que Usted se lesione en el trabajo. En la mayoría de los casos, el seguro de la compensación del seguro obrero cubrirá Sus costos, pero si Usted no tiene dicha cobertura, es posible que termine sin tener ninguna cobertura.

Los beneficios que no están incluidos específicamente en la sección Beneficios Cubiertos de este documento se consideran excluidos.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO Y APELACIÓN

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO RAZONABLES Y SISTEMÁTICOS

Los procedimientos de reclamo del Plan están diseñados para asegurar y verificar que las determinaciones de reclamos se tomen de acuerdo con los documentos del Plan. Las disposiciones del Plan se aplicarán sistemáticamente con respecto a personas en situación similar.

TIPO DE RECLAMOS Y DEFINICIONES

Reclamo Posterior al Servicio. Reclamo de pago del costo de la atención de la salud que ya se ha proporcionado.

REPRESENTANTE PERSONAL

Representante Personal. Persona (o proveedor) que puede comunicarse con el Plan en nombre de la Persona Cubierta para ayudar con reclamos, apelaciones u otros asuntos de beneficios. Un Dependiente menor de edad debe tener la firma de su madre, padre o Tutor Legal para poder designar a un tercero como Representante Personal.

Si una Persona Cubierta decide usar un Representante Personal, debe presentar ante el Plan la documentación adecuada que indique lo siguiente: el nombre del Representante Personal, la fecha y duración del nombramiento, y cualquier otra información pertinente. Además, la Persona Cubierta debe aceptar conceder a su Representante Personal acceso a su Información de Salud Protegida. Para obtener los formularios correspondientes, la Persona Cubierta debería comunicarse con el administrador de reclamos. Todos los formularios deben estar firmados por la Persona Cubierta para que se consideren oficiales.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMOS

La mayoría de los proveedores aceptarán la asignación y coordinarán los pagos directamente con el Plan en nombre de la Persona Cubierta. Si un proveedor no acepta la asignación o no coordina el pago directamente con el Plan, la Persona Cubierta tendrá que enviar el reclamo al Plan dentro de los plazos descritos a continuación a fin de recibir un reembolso. La dirección para enviar reclamos de la vista se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro de la vista de grupo.

Una Persona Cubierta que reciba servicios fuera de los Estados Unidos es responsable de asegurarse de que se pague al proveedor. Si un proveedor no coordina el pago directamente con el Plan, la Persona Cubierta tendrá que pagar el reclamo por adelantado y luego enviar el reclamo al Plan a fin de recibir un reembolso. El Plan reembolsará a la Persona Cubierta la cantidad cubierta en moneda estadounidense. La cantidad reembolsada se basará en la tasa de cambio estadounidense que esté en vigencia en la fecha en que la Persona Cubierta pagó el reclamo, o en la fecha del servicio, si se desconoce la fecha de pago.

Se debe presentar un reclamo completo por escrito que debe incluir los siguientes datos:

- Número de identificación, nombre, sexo, fecha de nacimiento, número del Seguro Social y dirección del paciente/de la Persona Cubierta, y relación con el Empleado
- Firma autorizada de la Persona Cubierta
- Diagnóstico
- Fecha del servicio
- Lugar del servicio
- Procedimientos, servicios o suministros (descripción narrativa)
- Cargos por cada servicio detallado
- Cantidad de días o unidades
- Número de cuenta del paciente (si corresponde)
- Total de cargos facturados

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor que factura
- Número de Identificación de Contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN) del proveedor
- Firma del proveedor
- Proveedor que factura
- Información sobre otro seguro (si corresponde)
- Si la condición del paciente está relacionada con el empleo, un accidente de tránsito u otro accidente (si corresponde)
- Cesión de beneficios (si corresponde)

PRESENTACIÓN OPORTUNA

Las Personas Cubiertas son responsables de asegurarse de que se envíen los reclamos completos al Administrador Externo lo antes posible después de recibir los servicios, pero sin excederse de los 12 meses a partir de la fecha del servicio. Si Medicare o Medicaid pagaron como planes primarios por error, el requisito de presentación oportuna puede aumentar a tres años a partir de la fecha del servicio. Un hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos tiene seis años a partir de la fecha del servicio para presentar el reclamo. Reclamo completo significa que el Plan tiene toda la información necesaria para procesar el reclamo. Los reclamos recibidos después del período de presentación oportuna no serán aceptados. Tenga en cuenta que es posible que los proveedores estén sujetos a diferentes limitaciones de presentación. Los proveedores podrían estar obligados a presentar los reclamos dentro de un período específico conforme a sus contratos como proveedores de la red. En estos casos, a pesar de cualquier disposición del presente documento que indique lo contrario, CEBT aplicará el período de presentación oportuna de reclamos del contrato del proveedor.

Si la Empresa cancela su participación en el fideicomiso, los reclamos podrían estar sujetos a diferentes limitaciones de presentación, según lo establecido en el Convenio de Participación del Empleado.

CÓMO SE CALCULAN LOS BENEFICIOS DE LA VISTA

Cuando UMR reciba un reclamo por un servicio que se ha prestado a una Persona Cubierta, UMR determinará si el servicio es un beneficio cubierto por este Plan de la vista de grupo. Si el servicio no es un beneficio cubierto, se denegará el reclamo y la Persona Cubierta será responsable de pagar estos costos al proveedor. Si el servicio es un beneficio cubierto, UMR establecerá la cantidad de pago permitida para ese servicio, de acuerdo con las disposiciones de este Resumen de Descripción del Plan.

Los reclamos por beneficios cubiertos se pagan de acuerdo con la menor de las cantidades entre los cargos facturados, una lista de cuotas establecidas o una Tarifa Negociada por ciertos servicios, o según un porcentaje de las cuotas Usuales y Habituales.

Lista de Cuotas: Generalmente, al proveedor se le paga la menor de las siguientes cantidades: la cantidad facturada o la lista de cuotas máximas por el servicio cubierto en particular, menos el Deducible, la tarifa de Participación del Plan o los recargos que la Persona Cubierta sea responsable de pagar.

Tarifa Negociada: En ocasiones, UMR negociará la tarifa de pago con un proveedor por un servicio cubierto en particular. La Tarifa Negociada es lo que el Plan pagará al proveedor, menos el Deducible, la tarifa de Participación del Plan o los recargos que la Persona Cubierta es responsable de pagar.

NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Si una Persona Cubierta presenta un reclamo o un proveedor presenta un reclamo en nombre de una Persona Cubierta, la Persona Cubierta recibirá un formulario de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que explicará cuánto pagó el Plan por el reclamo y qué cantidad del reclamo es responsabilidad de la Persona Cubierta debido a las obligaciones de costo compartido, los beneficios no cubiertos, los recargos u otras disposiciones del Plan. Verifique la información de cada formulario de Explicación de Beneficios para asegurarse de que los servicios cobrados fueron recibidos realmente del proveedor y que la información sea correcta. Si tiene alguna pregunta o duda sobre el formulario de Explicación de Beneficios, llame al Plan al número que se indica en el formulario de Explicación de Beneficios o en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro de la vista de grupo. El proveedor recibirá un formulario similar por cada reclamo presentado.

PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS INICIAL

Un reclamo se considera presentado cuando se ha enviado el reclamo de beneficios a UMR para que sea considerado formalmente conforme a las condiciones de este Plan.

CIRCUNSTANCIAS QUE CAUSAN PÉRDIDA O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

Los reclamos pueden ser denegados por cualquiera de las siguientes razones:

- Fin de Su empleo.
- Pérdida de elegibilidad de la Persona Cubierta para la cobertura del Plan de la vista.
- Cargos que se Incurrieron antes de la Fecha de Vigencia de la Persona Cubierta o después de la cancelación de la cobertura.
- Una Persona Cubierta alcanzó el Beneficio Máximo de este Plan.
- Enmienda del Plan de la vista de grupo.
- Cancelación del Plan de la vista de grupo.
- El Empleado, el Dependiente o el proveedor no respondieron a una solicitud de información adicional necesaria para procesar el reclamo o la apelación.
- Aplicación de la Coordinación de Beneficios.
- Los servicios no son un beneficio cubierto por este Plan.
- Los servicios no se consideran Médicamente Necesarios.
- Uso indebido de la tarjeta de identificación del Plan u otro fraude.
- Falta de pago de las primas, si es requerido.
- El Empleado o el Dependiente son responsables de los cargos que se deban en concepto de Deducible, obligaciones de Participación del Plan o recargos.
- Aplicación de los límites de las cuotas Usuales y Habituales, la lista de cuotas o las Tarifas Negociadas.
- Presentación de reclamos incompletos o inexactos.
- Procedimientos que se consideren Experimentales, de Investigación o No Comprobados.
- Otras razones que se indiquen en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.

DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ADVERSA (RECLAMOS DENEGADOS)

Determinación de Beneficios Adversa. Significa la denegación, reducción o cancelación de un beneficio, o la falta de pago, total o parcial, de un beneficio. También incluye cualquier tipo de denegación, reducción, cancelación o falta de pago que se base en una determinación de que la Persona Cubierta ya no es elegible para participar en el Plan.

Si un reclamo es denegado, total o parcialmente, y la Persona Cubierta debe alguna cantidad al proveedor, la Persona Cubierta recibirá un aviso de denegación de reclamo inicial, generalmente conocido como formulario de Explicación de Beneficios (EOB), dentro de los plazos descritos anteriormente. El formulario de Explicación de Beneficios:

- Explicará las razones específicas de la denegación.
- Proporcionará una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan en las que se basó la denegación.
- Brindará una descripción de la información o los documentos que sean necesarios para que la Persona Cubierta complete el reclamo, junto con una explicación de por qué son necesarios, si corresponde.
- Brindará la información apropiada en cuanto a los pasos que puede seguir la Persona Cubierta a fin de presentar el reclamo para apelación (revisión).

Si la denegación se basó en una regla o pauta interna, en la Necesidad por Razones Médicas o en el hecho de que un tratamiento es Experimental, de Investigación o No Comprobado, el Plan se lo notificará a la Persona Cubierta. La Persona Cubierta tiene derecho a solicitar una copia de la regla/pauta o el criterio clínico en la que se basó la denegación, y dicha información se ofrecerá sin cargo.

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS

Si el Empleado, un Dependiente u otro beneficiario no están conformes con el pago de los reclamos realizado o con una determinación de rescisión de la cobertura, deben comunicarse con el Administrador del Plan. Las consultas verbales informales al Administrador del Plan no se considerarán apelaciones. Si Usted desea presentar una apelación formal, puede enviar una solicitud por escrito al Administrador del Plan para iniciar el proceso de apelación. Hay dos niveles de apelación de reclamos de la vista. El primer nivel de apelación es ante el Administrador del Plan y el segundo nivel de apelación voluntario es ante el Consejo Fiduciario. Consulte la determinación adversa de Su reclamo (o la Explicación de Beneficios) o comuníquese con el Administrador del Plan para obtener información de contacto para presentar apelaciones.

Para apelar la denegación de un reclamo, una decisión de revisión de utilización o una determinación de rescisión de la cobertura, puede seguir los siguientes procedimientos. También puede apelar la denegación de un nivel inicial de apelación si sigue estos procedimientos.

- Presente una solicitud por escrito ante el Administrador del Plan o el administrador designado de medicamentos de venta con receta para que el Plan realice una revisión completa e imparcial del reclamo o apelación de nivel inicial;
- Solicite la revisión de los documentos pertinentes para la administración del Plan, incluido el expediente de Su reclamo o apelación;
- Presente por escrito comentarios y asuntos que fundamenten Su apelación; y
- Presente evidencia y testimonios con respecto a Su apelación.

Recuerde que una solicitud de apelación, ya sea de nivel inicial o de segundo nivel, se debe presentar por escrito, indicar en términos claros y concisos los motivos por los que se disputa la denegación e incluir todo documento pertinente que no se haya proporcionado ya al Plan.

Todas las apelaciones consistirán en una revisión completa e imparcial del reclamo o de la apelación. La revisión no dará importancia al reclamo inicial ni a la decisión de apelación inicial. Si la apelación está relacionada con una decisión basada en un criterio médico, participará un asesor médico que tenga la debida capacitación y experiencia en el campo de la medicina en cuestión. Si la apelación está relacionada con el carácter experimental de un servicio, participará un asesor médico que tenga la debida capacitación y experiencia en el campo de la medicina en cuestión. Dicho consultor médico no habrá participado previamente en el reclamo o apelación inicial que se apela. Además, la apelación se arbitrará de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas que participen en la decisión. Por último, si se usa o genera evidencia nueva o adicional durante la determinación de la apelación, o si se espera que se utilice un nuevo fundamento como base de una denegación, el plan le proporcionará esa información sin cargo y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la determinación de beneficios adversa.

Primer Nivel de Apelación

Una solicitud de apelación de nivel inicial se debe presentar ante el Administrador del Plan dentro de los 180 días después de recibir la denegación del reclamo. Si Su solicitud de revisión no se recibe dentro de los 180 días, Su derecho a apelar la denegación del reclamo se pierde.

Después de la revisión de la apelación de nivel inicial, el Plan le comunicará la decisión por escrito. Incluirá los motivos específicos de la decisión, así como las referencias específicas a las disposiciones del Plan en las que se basó la decisión. Para cada nivel de apelación, se le notificará la decisión del Plan de la siguiente manera:

- En el caso de los reclamos de Atención de Urgencia, dentro de las 72 horas o lo antes posible si Su condición requiere un plazo más corto (se dará deferencia al proveedor médico en cuanto a lo que es urgente);
- En el caso de los Reclamos Previos al Servicio, dentro de los 15 días o lo antes posible si Su condición requiere un plazo más corto; o
- En el caso de los Reclamos Posteriores al Servicio, dentro de los 30 días.

Segundo Nivel de Apelación Voluntario

Usted puede pasar al segundo nivel de apelación voluntario si no está conforme con la decisión tomada en el nivel inicial de apelación; para ello, debe presentar una solicitud de apelación ante el Administrador del Plan o el administrador designado de medicamentos de venta con receta dentro de los 60 días después de recibir la denegación de la apelación de nivel inicial. El Consejo Fiduciario se encargará de la revisión del segundo nivel de apelación correspondiente a los reclamos de la vista. El Consejo Fiduciario responderá dentro de los 60 días después de recibir la solicitud de apelación.

Si se demuestra que hay un buen motivo, el Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo permitirá que se enmiende o suplemente la apelación. El Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo concederá una audiencia sobre la petición para recibir y escuchar cualquier evidencia o argumento si el reclamante solicita presentar testimonios. La no presentación de una apelación dentro de dicho período de 60 días constituirá una renuncia del reclamante a su derecho de apelación conforme a la información y evidencia presentadas antes de la denegación o la audiencia, según sea el caso, siempre y cuando el Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo pueda eximir a un reclamante de dicha renuncia por un buen motivo si la solicitud de dicha exención se presenta dentro del año después de la fecha indicada en el aviso de denegación. No obstante, no presentar una apelación dentro de dicho período no impedirá que el reclamante demuestre su elegibilidad para los beneficios más adelante conforme a información y evidencia adicionales que no estaban a su disposición en el momento de la denegación o de la audiencia. El Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo tomará una decisión rápidamente, a menos que haya circunstancias especiales que requieran una extensión del tiempo de procesamiento, en cuyo caso se comunicará una decisión lo antes posible, pero sin excederse de los 60 días después de recibir la solicitud de apelación. Se le comunicará la decisión por escrito.

La decisión del Consejo Fiduciario o del agente designado por este consejo con respecto a una apelación será definitiva y obligatoria para todas las partes, incluido el reclamante o cualquier persona que reclame en nombre del reclamante, excepto si Usted solicita una revisión externa conforme al Programa Federal de Revisión Externa, que se explica a continuación. La disposición de esta sección incluirá y se aplicará a todos y cada uno de los reclamos de beneficios del Plan, así como a cualquier reclamo o derecho que se haga valer conforme a estas Reglas y Normas o en contra del Plan, independientemente de cuándo haya ocurrido el acto u omisión en el que se basa el reclamo.

Avisos de Decisiones sobre Apelaciones

En caso de una determinación adversa de beneficios en cualquier momento del proceso de apelación, se le proporcionará un aviso cultural y lingüísticamente apropiado que contenga lo siguiente:

- Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y la cantidad del reclamo [si corresponde]);
- Una declaración en la que se explique que, a Su solicitud, están disponibles el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará lo antes posible y la solicitud no se considerará una apelación);
- Los motivos específicos de la determinación adversa, incluido el código de denegación y su significado correspondiente, así como una descripción de la norma del Plan, si la hubiera, que se utilizó para denegar el reclamo;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación de beneficios;
- En el caso de un aviso de determinación de beneficios adversa interna que sea definitiva, una explicación de la decisión;
- Una declaración en la que se indique que el reclamante tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente al reclamo de beneficios del reclamante, así como a copias de estos;
- Una declaración en la que se describan los procedimientos de apelación voluntarios o los procedimientos de revisión externa ofrecidos por el Plan, incluidos los límites de tiempo correspondientes a dichos procedimientos, y el derecho del reclamante a obtener información sobre estos;

- Una declaración en la que se indique que, si el reclamante no está conforme con la determinación del Procedimiento de apelación de un Reclamo, puede llamar al número de teléfono correspondiente de asistencia al miembro o, si no hay una oficina de asistencia al consumidor con el seguro de salud ni un defensor del afiliado correspondientes sobre los que proporcionar información de contacto conforme al punto 11, al Equipo de Asistencia con el Seguro de Salud (Health Insurance Assistance Team, HIAT) del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789;
- Si se utilizó una regla interna, una pauta, un protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa, ya sea la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar se utilizó para tomar la determinación adversa y que se proporcionará una copia sin cargo de la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar al reclamante a solicitud;
- Si la determinación adversa de un beneficio se basa en un criterio médico o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del criterio científico o clínico usado para tomar la determinación (donde se apliquen las condiciones del Plan a las circunstancias médicas del solicitante), o bien una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y
- La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor con el seguro de salud o defensor del afiliado correspondiente establecido conforme a la sección 2793 de la Ley PHS para ayudar a las personas con los procesos de reclamo y apelación internos, así como de revisión externa.

PLAZOS PARA TOMAR DECISIONES SOBRE APELACIONES

Después de revisar un reclamo que ha sido apelado, el Plan notificará a la Persona Cubierta la decisión dentro de los siguientes plazos, aunque la Persona Cubierta puede extender voluntariamente estos plazos. Asimismo, si se usa o genera evidencia nueva o adicional durante la determinación de la apelación, el Plan se la proporcionará a Usted sin cargo y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la Determinación de Beneficios Adversa. Si se recibe esa evidencia en algún momento del proceso en que el Plan no pueda brindarle una oportunidad razonable de responder antes del fin del período que se indica a continuación, se suspenderá el plazo para que Usted tenga una oportunidad razonable de responder a la evidencia nueva o adicional.

Los siguientes plazos se aplicarán únicamente al nivel de apelación obligatorio. El nivel de apelación voluntario no estará sujeto a plazos específicos.

Reclamo Posterior al Servicio: Dentro de un plazo razonable, pero sin exceder los 60 días calendario después de que el Plan reciba la solicitud de revisión.

Usted puede solicitar una revisión independiente de la determinación de beneficios adversa. Ni Usted ni UMR, Inc. ni Su Empresa tendrán la oportunidad de reunirse con el revisor ni de participar de manera alguna en la decisión del revisor. Si desea pedir una revisión externa, envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

UMR, INC.
EXTERNAL REVIEW
APPEAL UNIT
PO BOX 8048
WAUSAU WI 54402-8048

Su solicitud por escrito debería incluir:

- Su solicitud específica de revisión externa;
- El nombre, la dirección y el número de identificación de membresía del Empleado;
- El nombre y la dirección de Su representante designado, cuando corresponda;
- El servicio que se le denegó; y
- Cualquier nueva información pertinente que no se presentó durante la apelación interna.

En el momento en que recibamos Su solicitud, le brindaremos más información sobre el proceso de revisión externa.

Todas las solicitudes de revisión independiente deben hacerse dentro de los cuatro (4) meses a partir de la fecha en que Usted reciba la determinación de beneficios adversa. Usted o un representante designado autorizado puede solicitar una revisión independiente si se comunica con el número gratuito que se encuentra en Su tarjeta de identificación o envía una solicitud por escrito a la dirección que se encuentra en Su tarjeta de identificación.

La revisión independiente estará a cargo de un médico independiente o un médico que esté calificado para decidir si el servicio o procedimiento solicitado es un Gasto Cubierto por el Plan. La Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) fue contratada por UMR, Inc. y no tiene afiliación ni interés importante que la vincule a UMR, Inc. ni a Su Empresa. UMR, Inc. elegirá la Organización de Revisión Independiente según una lista rotativa de Organizaciones aprobadas.

En determinados casos, la revisión independiente podría estar a cargo de un panel de médicos, según la Organización de Revisión Independiente lo considere apropiado.

Dentro de los plazos correspondientes luego de que UMR reciba una solicitud de revisión independiente, la solicitud se enviará a la Organización de Revisión Independiente junto con:

- Todos los registros médicos pertinentes;
- Todos los demás documentos en que UMR, Inc. o Su Empresa se hayan basado para tomar una decisión sobre el caso; y
- Cualquier otra información o evidencia que Usted o Su médico ya hayan enviado a UMR, Inc. o Su Empresa.

Si Usted o Su médico desean presentar, como respaldo a la solicitud, algún tipo de información o evidencia que no se hayan proporcionado con anterioridad, Usted puede incluir esta información con la solicitud de revisión independiente, y UMR, Inc. la incluirá con los documentos que se enviarán a la Organización de Revisión Independiente. Se tomará una decisión dentro de los plazos correspondientes. Si el revisor necesita información adicional para tomar una decisión, este período podrá extenderse. El proceso de revisión independiente será rápido si Usted cumple con los criterios para una revisión externa rápida, según la definición de la ley vigente.

La decisión del revisor se hará por escrito e incluirá la base clínica de la determinación. La Organización de Revisión Independiente les proporcionará a Usted y a UMR, Inc. o Su Empresa la decisión del revisor, una descripción de los títulos académicos del revisor y cualquier otro dato que la organización considere apropiado o que exija la ley vigente.

Si la decisión definitiva de la revisión independiente es aprobar el pago o la referencia, el Plan aceptará la decisión y proporcionará los beneficios por dicho servicio o procedimiento de acuerdo con los términos y condiciones del Plan. Si la decisión definitiva de la revisión externa es que no se realice el pago o la referencia, el Plan no estará obligado a proporcionar los beneficios por el servicio o procedimiento.

Puede comunicarse con el Administrador de Reclamos al número de teléfono gratuito que se encuentra en Su tarjeta de identificación para obtener más información con relación a Sus derechos de apelación externa y el proceso de revisión independiente.

DERECHO A SOLICITAR PAGOS EN EXCESO

El Plan se reserva el derecho a recuperar todo pago que haya hecho el Plan:

- Por error; o
- Después de la fecha en que la cobertura de la persona debería haber terminado en este Plan; o
- A la Persona Cubierta o a otra parte en nombre de la Persona Cubierta cuando el Patrocinador del Plan determine el pago la Persona Cubierta o a esa parte es mayor que la cantidad pagadera por este Plan.

El Plan tiene derecho a recuperar dinero de las Personas Cubiertas si el Plan les pagó o pagó a otra parte en nombre de ellas.

FRAUDE

El fraude es un delito por el que una persona puede ser procesada. Toda Persona Cubierta que se involucre intencionalmente y a sabiendas en una actividad destinada a estafar al Plan es culpable de fraude. El Plan utilizará todos los medios que sean necesarios para apoyar la detección y la investigación de fraudes. Constituye un delito que una Persona Cubierta presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar al Plan. Además, constituye un acto delictivo el hecho de que una Persona Cubierta no notifique intencionalmente y a sabiendas al Plan con respecto a un evento que afecte la elegibilidad para una Persona Cubierta. Los requisitos de notificación se describen en este Resumen de Descripción del Plan y en otros documentos del Plan. Léalos atentamente y consulte todos los documentos del Plan que reciba (p. ej., avisos de COBRA). Algunos ejemplos de los eventos que se deben notificar al Plan son divorcio, pérdida de la elegibilidad de un Dependiente por alcanzar la edad límite del Plan e inscripción en otra cobertura de salud de grupo mientras se recibe COBRA. (Tenga en cuenta que los ejemplos enumerados incluyen todos los casos).

Estas acciones tendrán como consecuencia la denegación del reclamo de la Persona Cubierta o la cancelación de la cobertura del Plan de la Persona Cubierta, y estarán sujetas al procesamiento y castigo de todo el peso de la ley estatal o federal.

Cada Persona Cubierta debe:

- Presentar reclamos exactos. Si otra persona, como el cónyuge de la Persona Cubierta u otro miembro de la familia, presenta reclamos en nombre de la Persona Cubierta, la Persona Cubierta debería revisar el formulario de reclamo antes de firmarlo;
- Revisar el formulario de Explicación de Beneficios (EOB). La Persona Cubierta debe asegurarse de que los beneficios se hayan pagado correctamente según su conocimiento de los gastos Incurridos y los servicios prestados;
- Impedir siempre que otra persona use su identidad para recibir tratamiento de la vista. Si la Persona Cubierta pierde la tarjeta de identificación del Plan, debe denunciar la pérdida al Plan inmediatamente;
- Presentar información completa y exacta en los formularios de reclamo y en todo otro formulario. Debe responder todas las preguntas a su leal saber y entender; y
- Notificar al Plan cuando ocurra un evento que afecte la elegibilidad de la Persona Cubierta.

A fin de mantener la integridad de este Plan, se alienta a cada Persona Cubierta a notificar al Plan cada vez que un proveedor:

- Facture servicios o tratamientos que nunca se recibieron; o
- Pida a una Persona Cubierta que firme un formulario de reclamo en blanco; o
- Pida a una Persona Cubierta que se someta a exámenes que la Persona Cubierta considera que no son necesarios.

Las Personas Cubiertas que tengan dudas sobre cualquier cargo que aparezca en una factura o en un formulario de Explicación de Beneficios, o que sepan o sospechen de cualquier actividad ilegal, deberían llamar a la línea directa gratuita al 1-800-356-5803. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

OTRAS DISPOSICIONES FEDERALES

LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)

Si un Empleado está de permiso médico o familiar para ausentarse del trabajo y este permiso cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA) de 1993, su empresa continuará con la cobertura de este Plan de acuerdo con las normas federales de la FMLA, siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

- Se paguen las contribuciones; y
- El Empleado tenga un permiso aprobado y por escrito de la empresa.

La cobertura continuará hasta el mayor de los siguientes plazos:

- El período de ausencia requerido por la FMLA y sus enmiendas; o
- El período de ausencia requerido por la ley estatal vigente.

Un Empleado puede optar por no retener la cobertura de salud de grupo durante una ausencia de la FMLA. Cuando el Empleado se reintegra al trabajo después de la ausencia de la FMLA, la cobertura del Empleado generalmente se restaura al nivel que habría tenido si no se hubiera tomado ese permiso de ausencia de la FMLA. Para obtener más información, comuníquese con Su oficina de Recursos Humanos o de Personal.

DISPOSICIÓN SOBRE ÓRDENES CALIFICADAS DE BENEFICIOS MÉDICOS PARA MANUTENCIÓN DE HIJOS

Un Hijo Dependiente comenzará a estar cubierto partir de la fecha especificada en una resolución judicial, sentencia u orden emitida por un tribunal de jurisdicción competente o a través de un proceso administrativo del estado.

La orden debe identificar claramente todo lo siguiente:

- El nombre y la última dirección postal conocida del participante;
- El nombre y la última dirección postal conocida de cada beneficiario alternativo (o persona designada política o estatal oficial para el receptor alternativo);
- Una descripción razonable del tipo de cobertura que debe proporcionar al Hijo, o la forma en que se debe determinar dicha cobertura; y
- El período al que se aplica la orden.

Comuníquese con el Administrador del Plan para solicitar una copia impresa, sin cargo, de los procedimientos que el Plan usa para administrar Órdenes Calificadas de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos.

Este Plan de la vista de grupo también cumple con las disposiciones de lo siguiente:

- Enmiendas de los Requisitos Contra la Discriminación y la Prohibición de TRICARE Contra los Incentivos.

SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA HIPAA DISPOSICIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD MÉDICA

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CONFORME A LAS NORMAS DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE LA HIPAA

Este Plan usará la Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) de una Persona Cubierta en la medida de, y de acuerdo con, los Usos y Divulgaciones permitidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Específicamente, este Plan Usará y Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta a efectos relacionados con Tratamiento de atención de la salud, Pago de atención de la salud y Actividades de atención de la salud. Además, este Plan Usará y Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta según lo exigido por la ley y según lo permitido por una autorización. Esta sección establece las condiciones en las cuales el Plan puede compartir la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta, y limita los Usos y las Divulgaciones que el Patrocinador del Plan puede hacer de la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta.

Este Plan Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta al Patrocinador del Plan únicamente en la medida que sea necesario a efectos de las funciones administrativas de Tratamiento, Pago de atención de la salud o Actividades de Atención de la Salud.

El Patrocinador del Plan Usará o Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta únicamente en la medida que sea necesario para las funciones administrativas de Tratamiento, Pago de atención de la salud o Actividades de Atención de la Salud que realice en nombre de este Plan.

El Plan acepta que Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta al Patrocinador del Plan únicamente después de recibir una certificación del Patrocinador del Plan de que se han adoptado las condiciones de esta sección y que el Patrocinador del Plan acepta acatar estas condiciones.

El Patrocinador del Plan está sujeto a todas las siguientes restricciones que se aplican al Uso y la Divulgación de la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta:

- El Patrocinador del Plan Usará y Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta (incluida la Información de Salud Protegida Electrónica) únicamente para las Funciones Administrativas del Plan, según lo exigido por la ley o según lo permitido por las normas de la HIPAA. El Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan también contiene más información sobre los Usos y las Divulgaciones de Información de Salud Protegida conforme a la HIPAA;
- El Patrocinador del Plan implementará las medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información de Salud Protegida Electrónica que cree, reciba, mantenga o transmita en nombre del Plan;
- El Patrocinador del Plan exigirá a cada uno de sus subcontratistas o agentes a quienes el Patrocinador del Plan podría proporcionar la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta que acepten las mismas restricciones y condiciones impuestas al Patrocinador del Plan con respecto a la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta;
- El Patrocinador del Plan se asegurará de que cada uno de sus subcontratistas o agentes a quienes el Patrocinador del Plan podría proporcionar la Información de Salud Protegida Electrónica de una Persona Cubierta acepte implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la Información de Salud Protegida Electrónica;
- El Patrocinador del Plan no Usará ni Divulgará Información de Salud Protegida para acciones y decisiones referentes al empleo ni en relación con ningún otro de los beneficios del Patrocinador del Plan o planes de beneficios para Empleados;
- El Patrocinador del Plan informará rápidamente a este Plan sobre cualquier infracción o Uso o Divulgación no permitidos o indebidos de Información de Salud Protegida que no estén autorizados por los documentos del Plan;
- En caso de enterarse de una infracción o un incidente de seguridad con respecto a la Información de Salud Protegida Electrónica, el Patrocinador del Plan lo informará al Plan;

- El Patrocinador del Plan y el Plan no Usarán información genética con fines de suscripción. Por ejemplo, los fines de suscripción incluyen determinar la elegibilidad, la cobertura o el pago conforme al Plan, pero no incluye determinar si un tratamiento es médicamente apropiado;
- El Patrocinador del Plan permitirá a una Persona Cubierta o a este Plan inspeccionar y hacer copias de toda la Información de Salud Protegida sobre la Persona Cubierta contenida en el Conjunto de Registros Designado que está bajo la custodia o el control del Patrocinador del Plan. Las Normas de Privacidad de la HIPAA establecen las reglas que la Persona Cubierta y el Plan deben seguir, y también establecen las excepciones;
- El Patrocinador del Plan enmendará o corregirá, o habilitará al Plan para que enmiende o corrija, cualquier parte de la Información de Salud Protegida de la Persona Cubierta contenida en el Conjunto de Registros Designado, en la medida que esté permitido o sea requerido por las Normas de Privacidad de la HIPAA;
- El Patrocinador del Plan mantendrá un registro de Divulgaciones para ciertos tipos de Divulgaciones establecidos en las Normas de la HIPAA. Cada Persona Cubierta tiene derecho a ver el registro de Divulgaciones. El Patrocinador del Plan no está obligado a mantener un registro si las Divulgaciones son para ciertos fines relacionados con el Plan, como el Pago de beneficios o Actividades de Atención de la Salud;
- A efectos de determinar el cumplimiento de este Plan con la HIPAA, el Patrocinador del Plan pondrá a disposición de este Plan y del Departamento de Salud y Servicios Humanos o persona designada sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el Uso y la Divulgación de la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta;
- El Patrocinador del Plan debe, si es posible, devolver a este Plan o destruir toda la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta que el Patrocinador del Plan haya recibido de o en nombre de este Plan, cuando el Patrocinador del Plan ya no necesite la Información de Salud Protegida de la Persona Cubierta para administrar este Plan. Esto incluye todas las copias en cualquier formato, incluidas las compilaciones derivadas de la Información de Salud Protegida. Si la devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del Plan acepta restringir y limitar los futuros Usos y Divulgaciones a los propósitos que hayan hecho que la devolución o la destrucción no fuesen factibles;
- El Patrocinador del Plan se asegurará de que se establezca una adecuada separación entre este Plan y el Patrocinador del Plan de manera que la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta (incluida la Información de Salud Protegida Electrónica) se usará únicamente a efectos de la administración del Plan; y
- El Patrocinador del Plan hará todo lo razonablemente posible para solicitar solo el tipo y la cantidad mínima y necesaria de Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta para desempeñar las funciones para las cuales se solicitó la información.

Los siguientes Empleados, clases de Empleados u otros integrantes del personal bajo el control del Patrocinador del Plan pueden recibir acceso a la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta para las Funciones Administrativas del Plan que el Patrocinador del Plan desempeña en nombre del Plan según se establece en esta sección:

Gerente Financiero, Supervisor Contable y Asistente de Recursos Humanos

Esta lista incluye cada Empleado, clase de Empleados u otros integrantes del personal bajo el control del Patrocinador del Plan que pueden recibir la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta. Si alguno de estos Empleados o integrantes del personal Usa o Divulga la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta de una manera que infringe las condiciones establecidas en esta sección, los Empleados o integrantes del personal estarán sujetos a medidas y sanciones disciplinarias, que incluyen la posibilidad de fin del empleo. Si el Patrocinador del Plan se entera de una infracción semejante, la informará rápidamente a este Plan y cooperará con el Plan para corregir la infracción, para imponer las sanciones apropiadas y para mitigar cualquier efecto perjudicial para la Persona Cubierta.

DEFINICIONES

Simplificación Administrativa. Sección de la ley que trata las transacciones electrónicas, la privacidad y la seguridad. Las metas son:

- Mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de atención de la salud;
- Estandarizar el intercambio de datos electrónicos de ciertas transacciones administrativas;
- Proteger la seguridad y privacidad de la Información de Salud Protegida;
- Mejorar la eficiencia para compilar/analizar datos, hacer auditorías y detectar fraudes; y
- Mejorar los programas Medicare y Medicaid.

Socio Comercial (Business Associate, BA) en relación con una Entidad Cubierta (Covered Entity, CE). Persona a quien la Entidad Cubierta divulga Información de Salud Protegida (PHI) para que una persona pueda desempeñar una función o actividad para la Entidad Cubierta, o ayudar a desempeñarla. Incluyen contratistas u otras personas que reciben Información de Salud Protegida de la Entidad Cubierta (o de otro socio comercial de la Entidad Cubierta) a los efectos descritos en la oración anterior, incluidos los abogados, auditores, asesores, Administradores Externos, centros de intercambio de información de atención de la salud, firmas que procesan datos, firmas que facturan y otras Entidades Cubiertas. Este término excluye a las personas que forman parte del personal de la Entidad Cubierta.

Entidad Cubierta (CE). Una de las siguientes: un plan de salud, un centro de intercambio de información de atención de la salud o un proveedor de atención de la salud que transmite cualquier información de salud relacionada con una transacción cubierta por esta ley.

Conjunto de Registros Designado. Conjunto de registros mantenido por o para una Entidad Cubierta que incluye la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta. Esto incluye registros médicos o de la vista, registros de facturación, registros de inscripción, registros de Pago, registros de adjudicación de reclamos y sistemas de registros de administración de casos mantenidos por o para este Plan. También incluye registros usados para tomar decisiones sobre las Personas Cubiertas. Este conjunto de registros se debe mantener durante un mínimo de seis años.

Divulgar o Divulgación. Cuando una entidad revela información a personas u organizaciones ajenas a esa entidad.

Información de Salud Protegida Electrónica. Información de Salud Individualmente Identificable que se transmite por medios electrónicos o se mantiene en medios electrónicos. Es un subconjunto de la Información de Salud Protegida.

Actividades de Atención de la Salud. Funciones comerciales y administrativas generales necesarias para que la Entidad Cubierta siga siendo una empresa viable. Estas actividades incluyen:

- Realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad;
- Revisar la competencia o los títulos académicos y la acreditación/licencia de los planes de profesionales de atención de la salud;
- Evaluar el desempeño del plan de salud y de los profesionales de atención de la salud;
- Capacitar a los futuros profesionales de atención de la salud;
- Actividades de seguros relacionadas con la renovación de un contrato de seguro;
- Realizar o coordinar servicios de auditoría y revisión médica (o de la vista);
- Compilar y analizar información con antelación a, o para el uso en, un procedimiento legal civil o penal;
- Actividades demográficas relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención de la salud, el desarrollo de protocolos, la administración de casos y la coordinación de la atención;
- Comunicarse con proveedores de atención de la salud y pacientes para brindarles información sobre alternativas de Tratamiento y funciones relacionadas que no implican la atención directa del paciente; y
- Actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato de seguro de salud o de beneficios de salud, así como la cesión, el aseguramiento o la colocación de un contrato para reaseguro del riesgo en relación con reclamos de atención de la salud (incluido el seguro limitador de pérdidas y el seguro de exceso de pérdidas).

Información de Salud Individualmente Identificable. Subconjunto de información de salud, incluidos los datos recopilados de la Persona Cubierta, que:

- Es creada por una Entidad Cubierta o es recibida de una Entidad Cubierta;
- Se relaciona con la condición o salud física o mental pasada, presente o futura de una Persona Cubierta, la prestación de servicios de atención de la salud o el Pago pasado, presente o futuro de la prestación de servicios de atención de la salud; e
- Identifica a la Persona Cubierta o hay fundamentos razonables para creer que la información se puede usar para identificar a la Persona Cubierta.

Pago. Actividades del plan de salud o de un Socio Comercial destinadas a satisfacer una deuda conforme a la póliza o el contrato; o a que un proveedor de atención de la salud o Socio Comercial de este obtengan un reembolso por la prestación de servicios de atención de la salud.

Funciones Administrativas del Plan. Funciones administrativas de Pago o Actividades de Atención de la Salud que desempeña el Patrocinador del Plan en nombre del Plan, que incluyen el aseguramiento de la calidad, el procesamiento de reclamos, las auditorías y la supervisión.

Patrocinador del Plan. La empresa para la cual Usted trabaja.

Funcionario de Privacidad. Persona que supervisa el cumplimiento de todas las normas y los procedimientos relacionados con la protección de la Información de Salud Protegida y las normas federales y estatales relacionadas con la privacidad de una Persona Cubierta.

Información de Salud Protegida (PHI). Información de Salud Individualmente Identificable que transmite o mantiene una Entidad Cubierta en formato escrito, electrónico o verbal. La Información de Salud Protegida incluye la Información de Salud Protegida Electrónica.

Tratamiento. Prestación de servicios de atención de la salud por parte de, o coordinación de la atención de la salud (incluida la administración de atención de la salud de la persona a través de una evaluación de riesgos, administración de casos y manejo de enfermedades) entre, proveedores de atención de la salud; referencia de un paciente de un proveedor a otro; o coordinación de atención de la salud u otros servicios entre proveedores de atención de la salud y terceros autorizados por el plan de salud o la persona.

Uso. Con respecto a la Información de Salud Individualmente Identificable, significa compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar o analizar tal información dentro de una entidad que mantiene dicha información.

INFORMACIÓN SOBRE ENMIENDAS AL PLAN Y CANCELACIÓN DEL PLAN

El Patrocinador del Plan tiene la firme intención de mantener este Plan indefinidamente; sin embargo, la empresa se reserva el derecho a cancelar, suspender o enmendar el Plan en cualquier momento, total o parcialmente, así como el derecho de hacer modificaciones en los beneficios de este Plan. Ninguna persona o entidad tiene autoridad para hacer cambios verbales o enmiendas a este Plan. Ningún agente o representante de este Plan tendrá la autoridad de cambiar legalmente las condiciones del Plan o del Resumen de Descripción del Plan ni de anular ninguna de sus disposiciones, ya sea intencional o involuntariamente. Si alguna información errónea afecta la existencia de la cobertura, se usarán los hechos pertinentes para determinar si la cobertura está en vigor conforme a las condiciones de este Plan y en qué cantidad. El Administrador del Plan enviará un aviso por escrito a las Personas Cubiertas dentro de los 60 días posteriores a la medida formal adoptada que reduce sustancialmente los beneficios del Plan o, como alternativa, puede enviar dicha notificación a través de las comunicaciones que mantiene el Patrocinador del Plan o el Administrador del Plan a intervalos periódicos de no más de 90 días.

DERECHOS DE LA PERSONA CUBIERTA SI SE ENMIENDA O CANCELA EL PLAN

Si se enmienda este Plan, los derechos de una Persona Cubierta se limitan a los beneficios del Plan en vigor en el momento en que se incurran los gastos, independientemente de que la Persona Cubierta haya recibido o no una notificación por escrito del Administrador del Plan de que el Plan ha sido enmendado.

Si se cancela este Plan, los derechos de una Persona Cubierta se limitan a los Gastos Cubiertos Incurridos antes de que la Persona Cubierta reciba el aviso de cancelación. Todos los reclamos Incurridos antes de la cancelación, pero no presentados ante el Patrocinador del Plan ni ante el Administrador Externo dentro de los 75 días después de la Fecha de Vigencia de la cancelación de este Plan debido a bancarrota, serán excluidos de cualquier consideración de beneficios.

El Plan supondrá que la Persona Cubierta recibe la carta de enmienda o cancelación del Administrador del Plan siete días después del envío de la carta por correo a la Persona Cubierta.

Ninguna persona comenzará a tener ningún tipo de derecho adquirido con este Plan.

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVOS DESPUÉS DE LA CANCELACIÓN DEL PLAN

Para obtener información sobre la distribución de activos después de la cancelación del Plan, comuníquese con Su oficina de Recursos Humanos o de Personal.

NO ES UN CONTRATO DE EMPLEO

Este Plan no pretende ser, y no debe interpretarse como, un contrato de empleo entre una Persona Cubierta y la empresa.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Administrador Externo (Third Party Administrator, TPA). Proveedor de servicios contratado por el Plan para procesar reclamos de la vista y prestar otros servicios administrativos. El Administrador Externo no asume ninguna responsabilidad de pago de beneficios conforme a este Plan.

Beneficio Máximo. Cantidad máxima o número máximo de días o tratamientos que se consideran Gastos Cubiertos conforme al Plan.

Calificado. Registrado, certificado o con licencia de acuerdo con las leyes estatales vigentes, y el servicio o tratamiento en particular que se presta está dentro del alcance del registro, la certificación o la licencia.

COBRA. Título X de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985, con sus enmiendas ocasionales, y normas vigentes. Esta ley confiere a la Persona Cubierta el derecho, en ciertas circunstancias, de elegir la continuación de la cobertura en el Plan cuando la cobertura activa termina debido a un evento que califica.

Concubinato. Pareja en la cual dos personas adultas se consideran casadas porque han vivido juntas durante un determinado tiempo, a pesar de que no tengan una acta o licencia ni hayan tenido una ceremonia formal, y cumplen los demás requisitos correspondientes del estado en el que se estableció el Concubinato.

Consejo Fiduciario. El Consejo Fiduciario establecido por el Convenio del Fideicomiso.

Contratista Independiente. Persona que firma un convenio con la empresa como Contratista Independiente o una entidad o persona que presta servicios para la empresa o en nombre de esta que no es un Empleado ni un funcionario de la empresa y que mantiene el control sobre la realización del trabajo. La empresa que contrata al Contratista Independiente solamente controla el resultado del trabajo y no la prestación del servicio contratado. La determinación en cuanto a que una persona o entidad sea o no un Contratista Independiente se tomará acuerdo con la Sección 530 del Código de Impuestos Internos.

Convenio del Fideicomiso. Convenio y Declaración del Fideicomiso por los que se estableció CEBT, el 9 de agosto de 1976, con sus modificaciones o enmiendas.

Deducible. Cantidad de dinero pagada una vez por Año del Plan por la Persona Cubierta (hasta un límite por familia, si corresponde) antes de que el Plan pague cualquier Gasto Cubierto. El Plan de Beneficios indica la cantidad del Deducible correspondiente (si lo hay) y los beneficios de cuidado de la vista a los que se aplica.

Dependiente. Consulte la sección de Elegibilidad e Inscripción de este Resumen de Descripción del Plan.

Determinación de Beneficios Adversa. Significa la denegación, reducción o cancelación de un beneficio, o la falta de pago, total o parcial, de un beneficio. También incluye cualquier tipo de denegación, reducción, cancelación o falta de pago que se base en una determinación de que la Persona Cubierta ya no es elegible para participar en el Plan.

Empleado Jubilado/Jubilado. Persona que estuvo empleada a tiempo completo por la empresa, que ya no trabaja regularmente y que ahora se jubiló conforme al programa de jubilación formal de la empresa.

Empleado. Consulte la sección de Elegibilidad e Inscripción de este Resumen de Descripción del Plan.

Enfermedad. Trastorno corporal, afección o dolencia física que afecta a los ojos.

Experimental, de Investigación o No Comprobado. Todo medicamento, servicio, suministro, atención o tratamiento que, en el momento en que se proporciona o se solicita, no está reconocido como que cumple con el ejercicio aceptado de la medicina o no es parte del ejercicio de la medicina estándar, seguro ni eficaz para una condición en particular. Esto incluye, pero no se limita a:

- Artículos dentro de la etapa Experimental o de Investigación del desarrollo; o servicios que se presten en, o artículos cuyo uso esté restringido a, estudios clínicos en Fase I, II o III (a menos que se identifiquen como servicios cubiertos en alguna otra parte);
- Artículos que no tengan evidencia sólida basada en estudios de investigación para permitir conclusiones o definir claramente el impacto y los efectos a largo plazo en los resultados de salud (es decir, que no hayan demostrado aún ser sistemáticamente eficaces para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica para la cual se investigaron). La evidencia sólida basada en

estudios de investigación se identifica como datos publicados revisados por colegas derivados de múltiples estudios clínicos grandes, controlados o aleatorios, en humanos O al menos uno o más estudios multicéntricos, nacionales grandes y controlados realizados en la población;

- Artículos basados en evidencia aislada y No Comprobada (bibliografía que consta únicamente de estudios de casos o ensayos no controlados), es decir, artículos que carezcan de validez científica, pero que puedan ser de uso corriente dentro de grupos determinados de profesionales médicos, aunque su seguridad y eficacia no se haya establecido claramente;
- Artículos que hayan demostrado, a través de evidencia basada en estudios de investigación, no ser eficaces para una condición médica o no tener un efecto beneficioso en los resultados de salud.

Nota: La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o Medicare no garantizan que un medicamento, suministro, atención o tratamiento se considere parte del ejercicio de la medicina aceptado; sin embargo, la falta de dicha aprobación será un factor que se tendrá en cuenta a la hora de determinar si un medicamento, servicio, suministro, atención o tratamiento se considera Experimental, de Investigación o No Comprobado. Para evaluar los reclamos de la atención oncológica, se tendrán en cuenta fuentes como: National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Compendium, Clinical Practice Guidelines in Oncology™ o las pautas del compendio del estándar de atención del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) o documentación similar de otras organizaciones u organizaciones sucesoras, además de considerar los beneficios proporcionados por el Plan y los beneficios requeridos por la ley. Por otra parte, el uso no aprobado de un medicamento o dispositivo (solicitado para su uso fuera de las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos) está sujeto a revisión clínica para determinar si es apropiado según la bibliografía médica preponderante revisada por colegas, opiniones publicadas y evaluaciones realizadas por asociaciones médicas nacionales, paneles de consenso, organismos de evaluación de tecnología u organizaciones de revisión independiente para evaluar la calidad científica de la evidencia de respaldo.

Fecha de Inscripción. Significa:

- Para cualquier persona que solicite la cobertura cuando es elegible por primera vez, la fecha en que comienza la cobertura.
- Para cualquier persona que se inscriba conforme a la Disposición de Inscripción Especial o para Personas Inscritas Tardíamente, el primer día en que comienza la cobertura.

Fecha de Vigencia. El primer día de cobertura de este Plan según lo definido en este Resumen de Descripción del Plan. La Fecha de Vigencia de la Persona Cubierta puede o no ser la misma que su Fecha de Inscripción, ya que la Fecha de Inscripción es definida por el Plan.

Fideicomiso. CEBT, el patrocinador de este Plan de grupo.

FMLA. Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA) de 1993, con sus enmiendas.

Gasto Cubierto. Cualquier gasto, o parte de este, que se Incurre como resultado de recibir un beneficio elegible conforme a este Plan.

Hijo(s). Cualquiera de las siguientes personas con respecto a un Empleado: un Hijo biológico natural; un hijastro; un Hijo legalmente adoptado o un Hijo Puesto en Adopción legal; un Hijo bajo la Tutela Legal del Empleado o del cónyuge; un Hijo bajo guarda; un Hijo de una Pareja de Unión Civil; o un Hijo que se considera un beneficiario alternativo conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (aunque no cumpla con la definición de "Dependiente").

HIPAA. Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, con sus enmiendas ocasionales, y normas vigentes. La ley confiere derechos de inscripción especial, prohíbe la discriminación y protege la privacidad de la información de salud protegida, entre otras cosas.

Incurrido. Fecha en la que se presta un servicio, se recibe un tratamiento, se recibe un suministro o se usa un centro, sin importar cuándo se lo facture, cobre o pague.

Lesión/Lesión de la Vista Accidental. Daños en el ojo debido directamente a un golpe.

Medicamento Necesario/Necesidad por Razones Médicas. Tratamiento, servicios, suministros, medicamentos o centros necesarios y apropiados para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, que cumplen con todos los criterios siguientes según lo determinado por el Plan:

- La intervención de salud es con el propósito de tratar una condición de la vista; y
- Es el suministro, la atención o el nivel de servicio más apropiado, considerando los posibles beneficios y daños para el paciente; y

- Es conocida por ser eficaz para mejorar los resultados de la vista. En el caso de intervenciones nuevas, la eficacia se determina mediante la evidencia científica. En el caso de intervenciones existentes, la eficacia se determina en primera instancia mediante evidencia científica, luego por estándares profesionales y en último lugar por la opinión de los expertos; y
- Es eficiente en costo para una condición específica, en comparación con intervenciones alternativas, incluida la opción de no realizar ninguna intervención. El término “eficiente en costo” no significa necesariamente el precio más bajo; y
- No es principalmente para la conveniencia o preferencia de la Persona Cubierta, ni la de la familia o de cualquier proveedor de la Persona Cubierta; y
- No es de carácter Experimental, de Investigación, estética, ni de custodia; y
- Actualmente, o en el momento en que se Incurren los cargos, es reconocida como práctica médica aceptable por el Plan.

El hecho de que un Optometrista u Oftalmólogo haya prestado, recetado, recomendado, indicado o aprobado un servicio, plan de tratamiento, suministro, medicamento, equipo o centro, o el hecho de que ese servicio, plan de tratamiento, suministro, medicamento, equipo o centro sea el único procedimiento o tratamiento disponible para una condición, no hace que la utilización del servicio, plan de tratamiento, suministro, medicamento, equipo o centro sea Medicamento Necesaria.

Oftalmólogo. Médico especializado en la anatomía, las funciones, la patología y el tratamiento del ojo. Los oftalmólogos se clasifican generalmente como cirujanos.

Optometrista. proveedor Calificado con licencia que está capacitado para diagnosticar, manejar y tratar múltiples problemas relacionados con la salud ocular y de la vista, lo que incluye, entre otras cosas, ajustar y recetar anteojos y lentes de contacto, tratar Lesiones oculares menores, diagnosticar y tratar enfermedades como el glaucoma, y diagnosticar otras enfermedades como la retinopatía diabética. Los optometristas no realizan cirugías.

Pareja de Unión Libre. Persona soltera del mismo sexo o del sexo opuesto con quien el Empleado cubierto comparte una relación formal, que es conjuntamente responsable del bienestar y las obligaciones financieras, tiene al menos 18 años, no tiene parentesco sanguíneo, mantiene la misma residencia y no está casada ni legalmente separada de nadie.

Pariente Cercano. Miembro de la familia directa. La familia directa incluye el Empleado, cónyuge, madre, padre, abuela, abuelo, madrastra, padrastro, abuelastra, abuelastro, hermana, hermano, hermanastra, hermanastro, medio hermana, medio hermano, Hija, Hijo, hijastra, hijastro, nieta, nieto.

Participación del Plan. Significa que la Persona Cubierta y el Plan pagan un porcentaje cada uno de los Gastos Cubiertos, según se indica en el Plan de Beneficios, después de que la Persona Cubierta paga los Deducibles.

Patrocinador del Plan. Empresa que patrocina un plan de la vista de grupo.

Persona Cubierta. Empleado, Jubilado o Dependiente que está inscrito en este Plan.

Persona Inscrita Tardíamente. Persona que se inscribe en este Plan en una fecha fuera de las siguientes:

- La primera fecha en que la cobertura puede entrar en vigencia conforme a las condiciones de este Plan; o
- Una Fecha de Inscripción especial para la persona según lo definido por la HIPAA.

Plan. Plan de Beneficios de la Vista de Grupo de CEBT.

Proveedor Calificado. Proveedor debidamente registrado o certificado por, o con la debida licencia de, el estado en el que ejerce, cuyo alcance de la práctica incluye el tratamiento o servicio en particular que se proporciona y que es pagadero por este Plan.

Puesto en Adopción/Puesta en Adopción. Significa la asunción y retención de una obligación legal de la manutención total o parcial de un Hijo antes de la adopción de dicho Hijo. La Puesta en Adopción del Hijo con tal persona termina cuando finaliza dicha obligación legal.

QMCSO. Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (QMCSO) de acuerdo con las leyes vigentes.

Servicios Pediátricos de la Vista. Servicios prestados a personas menores de 19 años.

Tarifa Negociada. Cantidad que los proveedores han contratado para aceptar como pago total por los Gastos Cubiertos del Plan.

Tutela Legal/Tutor Legal. Persona reconocida por un tribunal de justicia como quien tiene la obligación de cuidar a una persona y de administrar los bienes y derechos de dicha persona.

Usted/Su. El Empleado.

Usual y Habitual. Cantidad que el Plan determina que es el cargo razonable por servicios, tratamientos o materiales comparables en un Área Geográfica. Para determinar si los cargos son Usuales y Habituales, se dará la debida consideración a la naturaleza y la gravedad de la condición que se tratará y a las complicaciones médicas o circunstancias inusuales o atenuantes. **Área Geográfica.** Área de código postal, o área metropolitana si el Plan determina que es necesario para encontrar una zona útil y apropiada de datos precisos.