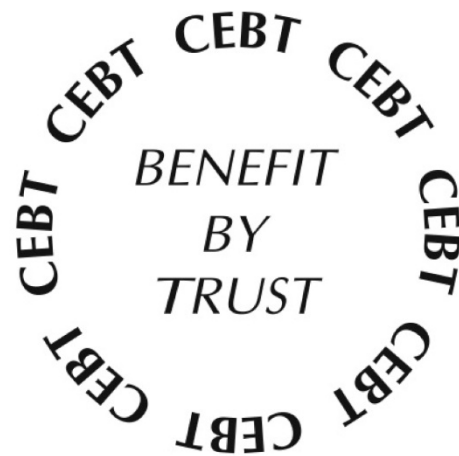


# Colorado Employer Benefit Trust

Plan de Beneficios de la Vista

Modificado: 1 de julio de 2019





## MENSAJE IMPORTANTE

Usted debe informar **CUALQUIER CAMBIO EN LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN** a *Su Empleador* lo antes posible. Los cambios en los requisitos de participación incluyen:

- ◆ Matrimonio o divorcio
- ◆ Muerte de cualquier *Dependiente*
- ◆ Nacimiento o adopción de un hijo
- ◆ Hijo *Dependiente* que cumple la edad límite
- ◆ *Discapacidad Total*
- ◆ Jubilación
- ◆ Requisitos de participación en *Medicare*

Para obtener detalles específicos sobre cómo mantener la cobertura del Plan, consulte la SECCIÓN 3: REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

# ÍNDICE

## SECCIÓN 1 BENEFICIOS DE LA VISTA

---

<b>LISTA DE BENEFICIOS</b>	<b>1-1</b>
<b>CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE LA VISTA</b>	<b>1-3</b>
PAGO DE RECLAMOS	1-3
LÍMITES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	1-3
<b>BENEFICIOS DE LA VISTA</b>	<b>1-4</b>
EXÁMENES DE LA VISTA	1-4
MATERIALES	1-4
<b>LIMITACIONES Y EXCLUSIONES</b>	<b>1-5</b>

## SECCIÓN 2 DEFINICIONES

---

<b>DEFINICIONES</b>	<b>2-1</b>
---------------------	------------

## SECCIÓN 3 CUMPLIR LOS REQUISITOS

---

<b>REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA</b>	<b>3-1</b>
COBERTURA DEL EMPLEADO	3-1
COBERTURA DE DEPENDIENTES	3-1
DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)	3-2
PLAN DE SALUD INFANTIL ESTATAL O DE MEDICAID	3-4
COBERTURA PARA JUBILADOS	3-4
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL	3-4
DISPOSICIÓN SOBRE TRANSFERENCIA CONYUGAL	3-6
CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS	3-6
DISPOSICIONES ESPECIALES POR NO ESTAR ACTIVO EN EL TRABAJO	3-6
CONTINUACIÓN PARA SOBREVIVIENTES	3-7
REESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA	3-7
CANCELACIÓN DE LA COBERTURA	3-7
<b>LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)</b>	<b>3-9</b>
REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO	3-9
TIPOS DE LICENCIA	3-9
REESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA AL REINCORPORARSE AL TRABAJO	3-10
DEFINICIONES	3-10

<b>LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)</b>	<b>3-12</b>
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR	3-12
RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA DESPUÉS DE UNA LICENCIA MILITAR	3-12
<b>CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS</b>	<b>3-14</b>
LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (COBRA)	3-14
OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CON COBRA	3-17

#### **SECCIÓN 4 INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN**

---

<b>INFORMACIÓN DESCRIPTIVA DEL PLAN</b>	<b>4-1</b>
<b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS</b>	<b>4-2</b>
<b>DERECHO A SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COMPENSACIÓN</b>	<b>4-4</b>
<b>DISPOSICIONES GENERALES</b>	<b>4-7</b>
RECEPTORES ALTERNATIVOS	4-7
ENMIENDAS AL PLAN O CANCELACIÓN DEL PLAN	4-7
CESIÓN	4-7
CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES	4-7
CONTRIBUCIONES AL PLAN	4-7
FACULTAD DISCRECIONAL	4-8
FALTA DE APLICACIÓN DE DISPOSICIONES DEL PLAN	4-8
FRAUDE	4-8
LIBRE ELECCIÓN DE PROVEEDORES	4-9
INTERPRETACIÓN	4-9
ACCIONES LEGALES	4-9
PAGO DE RECLAMOS	4-9
EXAMEN MÉDICO	4-9
PRIVACIDAD	4-9
PRONOMBRES	4-10
PROTECCIÓN FRENTE A ACREEDORES	4-10
DERECHO A INFORMACIÓN NECESARIA	4-10
DERECHO A RECUPERACIÓN	4-11
SEGURIDAD	4-11
DECLARACIONES	4-11
PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS	4-11
EL SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES NO SE VE AFECTADO	4-13
<b>PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS</b>	<b>4-14</b>

## **SECCIÓN 1 BENEFICIOS DE LA VISTA**

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**



NOTA: UMR, Inc. es el *Administrador de Reclamos del Plan*. El *Administrador de Reclamos* presta servicios administrativos y de procesamiento de reclamos al *Plan*. El *Administrador de Reclamos* no es financieramente responsable de financiar o de pagar los reclamos procesados conforme al *Plan*, ni el *Administrador de Reclamos* es fiduciario de este *Plan*.

## LISTA DE BENEFICIOS

PLAN A BENEFICIOS DE LA VISTA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Deducible individual por <i>Año Calendario</i>			El plan de la vista no tiene un deducible.	
<p>Todos los <i>Gastos Cubiertos</i> por el <i>Plan</i> son pagaderos a los <i>Límites Habituales, Usuales y Razonables del Plan</i>. Para los exámenes de la vista que cumplen los requisitos conforme al plan médico y de la vista de Colorado Employer Benefit Trust (CEBT), el plan de la vista será primario y el plan médico será secundario.</p> <p><b>Cambio en la Receta</b>            Si <i>Usted</i> tiene un cambio en la receta, cumplirá los requisitos para el beneficio de examen y anteojos o lentes de contacto una vez por <i>Año Calendario</i>, en vez de una vez por cada período de dos <i>Años Calendario</i>. Si <i>Su</i> receta no cambia al año siguiente, <i>Sus</i> beneficios volverán al período de beneficios de dos <i>Años Calendario</i>.</p>				

GASTOS CUBIERTOS	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Exámenes (incluidas las refracciones de la vista)	El 100% hasta un beneficio máximo de \$75 por <i>Año Calendario</i>	Se limitan a un examen por <i>Año Calendario</i> . Este beneficio incluye una tarifa por la adaptación de lentes de contacto.	1-4
Lentes  Monofocales Bifocales Progresivos Trifocales Lenticulares Lentes de Contacto	El 100% hasta un beneficio máximo cada dos <i>Años Calendario</i> de:  \$75 \$100 \$100 \$150 \$125  \$150	Se limitan a una vez cada dos <i>Años Calendario</i> .  <i>Usted</i> debe elegir entre lentes con marco, lentes de contacto o cirugía de ojos durante el mismo período de dos <i>Años Calendario</i> . El <i>Plan</i> no proporcionará cobertura para lentes con marco, lentes de contacto o cirugía de ojos durante el mismo período de dos <i>Años Calendario</i> .	1-4
Marcos	El 100% hasta un beneficio máximo pagado de \$150 cada dos <i>Años Calendario</i>	Un marco por cada período de dos <i>Años Calendario</i> .	1-4

<b>GASTOS CUBIERTOS</b>	<b>PAGADEROS A</b>	<b>RESUMEN DE BENEFICIOS</b>	<b>PÁGINA DEL TEXTO</b>
Cirugía refractiva de ojos	El 100% hasta un beneficio máximo pagado de \$200 cada dos <i>Años Calendario</i>	<i>Usted</i> debe elegir entre lentes con marco, lentes de contacto o cirugía de ojos durante el mismo período de dos <i>Años Calendario</i> . El <i>Plan</i> no proporcionará cobertura para lentes con marco, lentes de contacto o cirugía de ojos durante el mismo período de dos <i>Años Calendario</i> .	1-4
Limitaciones y Exclusiones	No pagaderos	Lista de exclusiones que se aplican a todos los Gastos Cubiertos. Un servicio que normalmente está cubierto podría estar excluido cuando se presta junto con un artículo excluido.	1-5

## **CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE LA VISTA**

*Usted* recibirá una tarjeta de ID del *Plan*, que indicará *Su* nombre, número de grupo y la fecha de vigencia de *Su* cobertura.

Siga las instrucciones de *Su* tarjeta de ID para presentar reclamos. Asegúrese de que cada factura indique el número de grupo y el número del participante que se encuentran en *Su* tarjeta de ID. Cada factura también debe incluir el nombre del *Empleado* y el nombre del paciente.

### **PAGO DE RECLAMOS**

El *Plan* hará el pago directo al proveedor de servicios. Si *Usted* ha pagado la factura, indique en la factura original “paid by *Employee*” (pagado por el *Empleado*) y el pago se le hará a *Usted*. *Usted* recibirá una explicación por escrito del pago o del motivo de la denegación de cualquier parte de un reclamo. El *Plan* se reserva el derecho a solicitar cualquier información requerida para determinar los beneficios o para procesar un reclamo. Si se necesita información adicional para procesar *Su* reclamo, se le avisará a *Usted* o al proveedor de servicios.

### **LÍMITES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS**

*Usted* debe presentar al *Plan* un comprobante por escrito de *Su* reclamo. El comprobante se debe presentar dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que se incurrió en el reclamo. *Su* reclamo no será denegado si no era razonablemente posible presentar dicho comprobante. Sin embargo, a menos que *Usted* estuviera incapacitado durante el período, todo reclamo que el *Plan* reciba más de 12 meses después de la fecha en que se incurrió en el reclamo no estará cubierto por el *Plan*.

Si el *Plan* se cancela, debe presentar al *Plan* los comprobantes por escrito de todos los reclamos incurridos antes de la fecha de cancelación, dentro de los 90 días de la cancelación del *Plan*. Todo reclamo que el *Plan* reciba más de 90 días después de la fecha en que se canceló no estará cubierto por el *Plan*.

Si el *Empleador* cancela su participación en el *Fideicomiso*, los reclamos podrían estar sujetos a diferentes limitaciones de presentación, según se establece en el Convenio de Participación del Empleado.

## **BENEFICIOS DE LA VISTA**

Los siguientes servicios y materiales son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios cuando son prestados por un óptico, oftalmólogo u optometrista con licencia.

### **EXÁMENES DE LA VISTA**

Los exámenes de la vista, incluidas las refacciones, serán pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Esto incluye un análisis completo de los ojos y las estructuras relacionadas para determinar la presencia de problemas u otras anomalías de la vista. Todas las tarifas de mantenimiento o las tarifas de adaptación asociadas con la compra de lentes de contacto también se considerarán un *Gasto Cubierto*.

### **MATERIALES**

#### **Lentes o lentes de contacto**

Cuando un examen de la vista indique que *Usted* necesita lentes correctivos para mantener *Su* salud visual, el costo de dichos lentes será pagadero según se indica en la Lista de Beneficios. Los beneficios incluyen lentes monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares para anteojos o lentes de contacto duros, blandos o desechables.

#### **Marcos**

El costo de un marco cada dos *Años Calendario* será pagadero según se indica en la Lista de Beneficios.

#### **Cirugía de ojos**

Las cirugías de ojos que se usan para mejorar o corregir la vista por trastornos de refracción (p. ej., cirugía Lasik, queratotomía radial) son pagaderas según se indica en la Lista de Beneficios y se limitan a una vez cada dos *Años Calendario*. Este beneficio es en lugar de lentes con marco o lentes de contacto.

## LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

El *Plan* no proporciona beneficios por:

1. Servicios o materiales relacionados con:
  - a. procedimientos de ortóptica o ejercicios de la vista,
  - b. terapia refractiva corneal,
  - c. suministros auxiliares para lentes de contacto,
  - d. reemplazo de lentes o marcos perdidos, robados o rotos,
  - e. lentes planos (sin receta);
2. Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, excepto que se indique específicamente lo contrario;
3. Ninguna *Lesión* o *Enfermedad* que surja de cualquier ocupación o empleo lucrativo o remunerado, o en el transcurso de este. Esto solo se aplicará cuando los beneficios estén disponibles o sean pagaderos conforme a cualquier Ley de **Seguro de Accidentes Laborales** o Ley de Enfermedades Laborales, independientemente de que se haya presentado un reclamo por esos beneficios;
4. Ningún procedimiento o material requerido como **condición de empleo**, que incluye, entre otros, anteojos de seguridad industrial;
5. Cargos hechos **después de la fecha de cancelación de la *Persona Cubierta***;
6. Servicios o suministros que se pagan conforme a otras disposiciones de este *Plan*;
7. **Medicamentos**;
8. Ningún servicio prestado o suministro proporcionado en relación con, o **como resultado de, cualquier servicio o suministro que no sea un *Gasto Cubierto***;
9. Ningún servicio o suministro por el que **no se cobre** o por el cual *Usted* no debería pagar si no tuviera esta cobertura; o
10. Servicios prestados por una **persona que habitualmente reside en *Su domicilio*** o que es un *Familiar*.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

## **SECCIÓN 2    DEFINICIONES**

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**



## DEFINICIONES

Ciertas palabras y frases que se usan en este Resumen de la Descripción del Plan se definen a continuación como una explicación de cómo se usan los términos en el *Plan*. Las palabras definidas aparecen en *cursiva* por todo el *Plan*.

### ***Activo en el Trabajo***

Que realiza todas las tareas normales y habituales del empleo a tiempo completo, durante al menos 20 horas por semana. Las tareas pueden realizarse en la empresa del *Empleador* o en otro lugar si *Usted* debe viajar en el trabajo. *Usted* estará *Activo en el Trabajo* durante cada día de vacaciones remuneradas si estuvo *Activo en el Trabajo* en *Su* último día laborable habitual. Estará *Activo en el Trabajo* en cada feriado no laborable si estuvo *Activo en el Trabajo* en *Su* último día laborable habitual.

### ***Administrador del Plan***

Entidad que es responsable de las funciones cotidianas y de la contratación de personal del *Plan*. El *Administrador del Plan* puede emplear a otras personas o compañías para procesar reclamos y prestar otros servicios.

### ***Administrador de Reclamos***

Persona o compañía empleada por el *Administrador del Plan* para prestar servicios administrativos al *Plan*. Los servicios administrativos incluyen el procesamiento de reclamos. Si un *Administrador de Reclamos* no es empleado del *Administrador del Plan*, el *Administrador de Reclamos* será el *Empleador*.

### ***Año Calendario***

Período de 12 meses que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

### ***Convenio del Fideicomiso***

El Convenio y la Declaración del Fideicomiso que establece Colorado Employer Benefit Trust (CEBT), con fecha del 9 de agosto de 1976, con sus modificaciones o Enmiendas.

### ***Cuidado de Urgencia***

Todo cuidado que, en la opinión de *Su Profesional Calificado* es una situación de Cuidado de Urgencia. Todo cuidado que, en caso de usarse los plazos de cuidado que no son de urgencia, podría poner en riesgo *Su* vida, *Su* salud o *Su* capacidad para recuperar una función al máximo.

### ***Dependiente***

1. Cónyuge legal de un *Empleado* cubierto, según lo definido en el estado en el que *Usted* reside, siempre que:
  - a. el cónyuge no esté legalmente separado del *Empleado* y
  - b. como resultado, el *Empleado* cumple los requisitos para indicar que su estado civil es casado en su Declaración del Impuesto Federal sobre los Ingresos vigente;
2. Un conviviente civil del *Empleado* cubierto, que cumple los requisitos de la Ley de Unión Civil de Colorado;
3. Las siguientes personas casadas o solteras del *Empleado* cubierto: hijo biológico de nacimiento natural; hijastro; niño bajo guarda; hijo del conviviente civil; hijo legalmente adoptado; niño puesto bajo la tutela legal del *Empleado* por orden judicial; o un hijo puesto al cuidado del *Empleado* con el propósito de adopción y por el cual el *Empleado* tiene la obligación legal de manutención total o parcial; cuya edad es menor que la edad límite.

La edad límite de cada hijo *Dependiente* es el último día del mes en que cumple 26 años.

## **Definiciones (continuación)**

### **Derecho a verificar los requisitos de participación de Dependientes**

El *Plan* se reserva el derecho a verificar si un *Dependiente* cumple los requisitos de participación en cualquier momento del año. *Usted* y *Su Dependiente* tienen la obligación de notificar al *Plan* cuando cambie el estado de cumplimiento de los requisitos de participación del *Dependiente* durante el año. Notifique a *Su Empleador* cualquier cambio de estado.

Si, desde la fecha en que un hijo *Dependiente* cumple la edad límite, existen todas las condiciones siguientes al mismo tiempo:

1. El hijo está mental o físicamente incapacitado;
2. El hijo es incapaz de tener un empleo para su propio sustento;
3. El hijo es *Dependiente* del *Empleado* cubierto para su apoyo y manutención económica; y
4. El hijo es soltero,

ese hijo seguirá cumpliendo los requisitos para ser un *Dependiente* de un *Empleado* cubierto o puede ser inscrito como el *Dependiente* de un nuevo *Empleado*. Si el hijo no ha cumplido ininterrumpidamente con todas las condiciones anteriores desde que cumplió la edad límite, no cumplirá los requisitos para tener la cobertura del *Plan*.

*Usted* debe presentar un comprobante satisfactorio de que existen las condiciones anteriores desde la fecha en que se cumplió la edad límite (el Aviso de Aprobación de Ingresos del Seguro Social es aceptable). Dicho comprobante no se puede solicitar más de una vez al año después de transcurridos dos años desde la fecha en que se presentó el primer comprobante. Si no se presenta un comprobante satisfactorio, la cobertura del hijo terminará en la fecha en que venza el comprobante.

Si los padres cumplen los requisitos para obtener la cobertura de este *Plan* a través del mismo *Empleador* contribuyente, solo uno de ellos podrá inscribir al *Dependiente* en la cobertura.

### ***Discapacidad Total o Totalmente Discapacitado***

Incapacidad permanente, debido a *Lesión* o *Enfermedad*, para realizar todas y cada una de las labores sustanciales de *Su* trabajo u ocupación.

### ***Empleado***

*Usted* cuando *Usted*: es un *Empleado* regular del *Empleador*; recibe un salario o una remuneración de parte del *Empleador*; y está *Activo en el Trabajo*. A los efectos de este *Plan*, *Empleado* no incluye a los contratistas independientes ni a los *Empleados* externos.

### ***Empleador***

*Empleador* contribuyente en Colorado Employer Benefit Trust, que emplea al *Empleado* cubierto. El *Empleador* está obligado a hacer contribuciones, según un Convenio de Participación o un Convenio del Fideicomiso, al *Plan* o, quien, en realidad, hace una o más contribuciones al *Plan*.

### ***Enmienda***

Documento por escrito que modifica las disposiciones del *Plan*. Debe estar debidamente autorizado y firmado por el *Administrador del Plan*.

### ***Fideicomiso***

Colorado Employer Benefit Trust, el patrocinador de este *Plan* de grupo.

## **Definiciones (continuación)**

### ***Fiduciario Designado***

Colorado Employer Benefit Trust, que tiene la facultad de controlar y administrar el funcionamiento del *Plan*, que fue establecido por el *Convenio del Fideicomiso*.

### ***Gasto Incurrido***

La tarifa *Habitual, Usual y Razonable* cobrada por servicios y suministros. La fecha en que se proporciona un suministro o se presta un servicio es la fecha del *Gasto Incurrido*.

### ***Habitual, Usual y Razonable***

La menor de la tarifa cobrada con más frecuencia por el proveedor o la tarifa permitida máxima según lo determinado por el *Plan*. La tarifa permitida máxima se establece al comparar el servicio con una base de datos nacional de tarifas. La base de datos se ajusta a la localidad en donde se prestó el servicio.

### ***Junta Fiduciaria***

La *Junta Fiduciaria* establecida por el *Convenio del Fideicomiso*.

### ***Medicare***

Título XVIII, Partes A y B, de la Ley del Seguro Social, según su promulgación y sus enmiendas.

### ***Persona Cubierta***

El *Empleado* o cualquier *Dependiente*, cuando *Usted* está debidamente inscrito en el *Plan*.

### ***Plan***

Este *Plan* de beneficios según lo seleccionado por el *Convenio del Fideicomiso*. El término *Plan* incluye toda lista, documento adjunto y *Enmienda* al *Plan*. Los *Planes* anteriores, actuales y sucesivos se considerarán un solo *Plan* y no *Planes* separados y distintos. Este Resumen de la Descripción del *Plan* proporciona una descripción del *Plan*.

### ***Reclamo Posterior al Servicio***

Todo reclamo que no sea un reclamo previo al servicio.

### ***Reclamo Previo al Servicio***

Todo reclamo por el que un beneficio está condicionado, total o parcialmente, a la obtención de la preaprobación del *Plan* para el cuidado médico.

### ***Solicitante Tardío***

*Empleado* que se inscribe en la cobertura más de 30 días después de cumplir los requisitos para estar cubierto.  
*Dependiente* que es inscrito en la cobertura más de 30 días después de cumplir los requisitos para estar cubierto.

### ***Usted y Su***

*Usted*, como el *Empleado* cubierto. Cualquiera de *Sus Dependientes*, a menos que se indique lo contrario.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

## **SECCIÓN 3 CUMPLIR LOS REQUISITOS**

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

## REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA

La sección Cobertura del Empleado se aplica a los *Empleados* contratados a partir de la fecha de vigencia de este *Plan*. La sección Cobertura de Dependientes se aplica a los *Dependientes* que se agregan a partir de la fecha de vigencia de este *Plan*.

Los *Empleados* que estaban cubiertos por cualquier plan que este *Plan* reemplace estarán cubiertos en la fecha de vigencia de este *Plan*. La cobertura incluirá a los *Dependientes* de dicho *Empleado*. *Usted* debe haber cumplido los requisitos de participación del *Plan*.

### COBERTURA DEL EMPLEADO

#### Requisitos de participación del Empleado

*Usted* cumple los requisitos para participar en la cobertura del *Plan* si se cumplen las siguientes condiciones:

1. *Su Empleador* ha elegido ser un integrante del Colorado Employer Benefit Trust;
2. *Usted* es un *Empleado* que cumple los requisitos de participación de *Su Empleador*; y
3. Cumple el período de requisitos de participación según lo determinado por *Su Empleador* (sin exceder un máximo de 90 días consecutivos de empleo a tiempo completo); o
4. Es un funcionario elegido o designado de *Su Empleador*.

*Usted* cumple los requisitos para estar cubierto en la fecha de finalización del período de requisitos de participación elegido por *Su Empleador*. Esta es *Su* fecha de elegibilidad.

#### Fecha de vigencia del Empleado

*Usted* debe inscribirse en los formularios aceptados por el *Administrador del Plan*. La fecha de vigencia de cada *Empleado* se determina de la siguiente manera:

1. El *Administrador del Plan* recibe *Sus* formularios llenados dentro de los 30 días de la fecha en que *Usted* cumple los requisitos de participación. Esto se considera una inscripción puntual. *Su* cobertura entrará en vigencia en *Su* fecha de elegibilidad.
2. El *Administrador del Plan* recibe *Sus* formularios llenados **más de 30 días** después de la fecha en que *Usted* cumple los requisitos de participación. Esto se considera una **inscripción tardía**. *Usted* no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

La cobertura comenzará a las 12:01 a.m., hora estándar, en *Su* fecha de vigencia. *Usted* debe estar activo en el trabajo con el *Empleador* antes de que la cobertura entre en vigencia conforme al *Plan*.

### COBERTURA DE DEPENDIENTES

#### Requisitos de participación para Dependientes

Un *Dependiente* cumple los requisitos para estar cubierto en la última de las siguientes fechas:

1. La fecha en que está cubierto el *Empleado*;
2. La fecha del matrimonio del *Empleado* para un *Dependiente* adquirido en esa fecha;
3. La fecha de nacimiento del hijo;

## Requisitos de Participación para Dependientes (continuación)

4. La fecha en que un tribunal de justicia asigna a un niño al domicilio del *Empleado*. El niño debe estar bajo la tutela legal del *Empleado*;
5. La fecha en que un hijo es legalmente adoptado;
6. La fecha en que se emite una orden judicial válida que, según la ley federal o una disposición del *Plan*, requiere que el *Plan* proporcione cobertura; o
7. Para un conviviente civil, la fecha en que *Usted* cumple la definición de *Dependiente* según lo indicado en el *Plan*.

Los *Dependientes* solamente pueden estar cubiertos si el *Empleado* está cubierto. Consulte con *Su Empleador* cómo inscribir a los *Dependientes* en la cobertura. Una inscripción tardía puede ocasionar una demora en la cobertura.

Cuando ambos padres son *Empleados* del mismo *Empleador* contribuyente, solamente uno de ellos puede inscribir a los *Dependientes* en la cobertura.

### Fecha de vigencia del Dependiente

Cada *Dependiente* debe ser inscrito en los formularios aceptados por el *Administrador del Plan*. La fecha de vigencia de la cobertura de cada *Dependiente* se determina de la siguiente manera:

1. El *Administrador del Plan* recibe los formularios llenados dentro de los 30 días de la fecha de elegibilidad del *Dependiente*. Esto se considera una inscripción puntual. Ese *Dependiente* está cubierto en su fecha de elegibilidad.
2. El *Administrador del Plan* recibe los formularios llenados **más de 30 días** después de la fecha de elegibilidad del *Dependiente*. Esto se considera una **inscripción tardía**. Ese *Dependiente* no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

La cobertura comenzará a las 12:01 a.m., hora estándar, en la fecha de vigencia del *Dependiente*. Un *Empleado* puede cancelar la cobertura de sus *Dependientes* cubiertos en cualquier momento con solo llenar un Formulario de Inscripción o Cambio de CEBT.

### Hijos recién nacidos y adoptados

Un hijo recién nacido de un *Empleado* o cónyuge *Dependiente* cubierto está cubierto automáticamente durante los primeros 31 días de vida y un hijo adoptado está cubierto automáticamente en el período de 31 días inmediatamente después de la puesta en adopción. La cobertura solamente se proporciona automáticamente conforme a este *Plan en ausencia de la cobertura de otro plan*. La cobertura del *Dependiente* **debe** estar en vigencia para que la cobertura continúe después de los primeros 31 días de vida. Si la cobertura del *Dependiente* no está en vigencia al final de los 31 días, la cobertura del hijo se cancelará inmediatamente.

## DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Si *Usted* tiene un evento de inscripción especial, el *Plan* le proporcionará una nueva fecha de inscripción para que *Usted* ingrese en el *Plan*, según se indica a continuación. En ese momento, *Usted* podrá inscribirse en el *Plan* sin estar sujeto a las disposiciones de *Solicitante Tardío* del *Plan*. Si el *Plan* tiene más de una opción de beneficios, *Usted* podrá seleccionar entre todas las opciones para las que cumple los requisitos de participación.



## **Derechos de Inscripción Especial (continuación)**

### **Pérdida de otra cobertura**

Si *Usted* rechazó la cobertura de este *Plan* en favor de otra cobertura de salud individual o de grupo, o la continuación en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985, y la cobertura de ese otro plan termina:

1. Debido a que *Usted* agotó el período máximo de COBRA;
2. Debido a que dejó de cumplir los requisitos de participación por cualquier motivo; o
3. Cesaron las contribuciones del Empleador para el costo de la otra cobertura;

Entonces ha ocurrido un evento de inscripción especial. En ese momento, un *Empleado* o *Dependiente* puede ser inscrito en este *Plan* de la siguiente manera:

1. Cuando el *Empleado* pierde la cobertura, el *Empleado* y sus *Dependientes* pueden inscribirse. Para poder inscribirse, el *Dependiente* no tiene que haber perdido la cobertura en ese momento;
2. Cuando un *Dependiente* pierde la cobertura, ese *Dependiente*, el *Empleado* y cualquier otro *Dependiente* que cumple los requisitos pueden inscribirse. Para poder inscribirse, el *Empleado* y otros *Dependientes* no tienen que haber perdido la cobertura en ese momento.

*Usted* debe inscribirse en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha de la pérdida de otra cobertura para ingresar puntualmente al *Plan*. **Debe** presentar un comprobante de que perdió la otra cobertura debido a uno de los motivos indicados anteriormente. La cobertura de este *Plan* no entrará en vigencia hasta que se presente dicho comprobante. La cobertura de este *Plan* entrará en vigencia el día en que termine la cobertura del otro plan de grupo.

Si *Usted* presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha en que termina la otra cobertura, no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

### **Matrimonio**

Si *Usted*, como *Empleado*, está por casarse, ocurrirá un evento de inscripción especial en la fecha de *Su* matrimonio. En ese momento, *Usted* podrá inscribirse en este *Plan*. Todo *Dependiente* adquirido en la fecha de *Su* matrimonio también será inscrito en este momento, así como cualquier otro *Dependiente* que anteriormente no estaba cubierto por el *Plan*.

*Usted* debe inscribirse en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha del *matrimonio* para ingresar puntualmente en el *Plan*. La cobertura del *Plan* entrará en vigencia en el día de *Su* matrimonio. Si *Usted* presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha de *Su* matrimonio, no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

### **Nacimiento, adopción o puesta en adopción**

Si nace un hijo *Dependiente*, adopta o recibe la puesta en adopción de un hijo *Dependiente*, ocurrirá un evento de inscripción especial en esa fecha. En ese momento, *Usted* podrá inscribirse en este *Plan*. *Su* cónyuge y el recién nacido o hijo adoptado *Dependientes* también pueden ser inscritos en este momento, así como cualquier otro *Dependiente* que no estaba cubierto anteriormente por el *Plan*.

*Usted* debe inscribirse en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción para ingresar puntualmente al *Plan*. La cobertura de este *Plan* entrará en vigencia en la fecha de tal evento. Si *Usted* presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha de tal evento, no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

## **PLAN DE SALUD INFANTIL ESTATAL O DE MEDICAID**

Si *Usted* o *Sus Dependientes* estuvieron cubiertos por un plan de salud infantil estatal o un plan de Medicaid y *Su* cobertura ahora se cancelará porque ya no cumplen los requisitos de participación, ocurrirá un evento de inscripción especial en la fecha en que termine la cobertura del plan de salud infantil estatal o plan de Medicaid.

*Usted* debe solicitar la cobertura de este *Plan* dentro de los 60 días después de la fecha de cancelación de dicha cobertura. La cobertura de este *Plan* entrará en vigencia en la fecha en que termine la otra cobertura. Si *Usted* solicita la cobertura más de 60 días después de la fecha en que termina la cobertura del plan de salud infantil estatal o de Medicaid, se le considerará un *Solicitante Tardío* conforme a este *Plan*.

### **Asistencia con la prima**

Los *Empleados* actuales y sus *Dependientes* que cumplen los requisitos podrían cumplir los requisitos para un evento de inscripción especial si se determina que el *Empleado* o sus *Dependientes* cumplen los requisitos, conforme a un plan de salud infantil estatal o plan de Medicaid del estado, para la asistencia con la prima con respecto a la cobertura de este *Plan*. *Usted* 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* cumplen los requisitos para dicha asistencia. Si *Usted* solicita la cobertura más de 60 días después de esa fecha, se le considerará un *Solicitante Tardío* conforme al *Plan*.

## **COBERTURA PARA JUBILADOS**

Los *Empleados* jubilados y sus *Dependientes* pueden, a elección del *Empleador* anterior, continuar con la cobertura. El jubilado debe tener al menos 50 años y:

1. Tener diez (10) años de cobertura continua con cualquier *Empleador* participante; o
2. Haber sido empleado de un *Empleador* participante durante al menos quince (15) años, u otras restricciones similares que puede imponer el *Empleador*. El jubilado puede continuar con la cobertura hasta los 65 años.

La cobertura para jubilados continuará hasta la fecha en que el jubilado cumpla 65 años. En ese momento, la cobertura también terminará para todos los *Dependientes* del jubilado. El jubilado debe pagar su parte de cualquier contribución del *Plan*.

Si el *Empleador* actualmente permite que los *Dependientes* de un jubilado cubierto permanezcan en el *Plan* después de que el jubilado cumple los 65 años, CEBT dejará de permitir esto después de 12/31/2017.

NOTA: Si *Usted* cumple los requisitos de participación en Medicare, los reclamos primero se deben presentar ante Medicare. Después de que Medicare haya procesado *Su* reclamo, se debe enviar al *Plan* el reclamo y la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de Medicare.

## **PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL**

Cada año, se proporcionará un período de 30 días para la inscripción. Una vez que *Usted* haya hecho las elecciones para el año, no podrá cambiar *Sus* elecciones hasta el próximo período de inscripción anual, a menos que tenga un cambio en el estado o que solicite voluntariamente cancelar la cobertura a mediados del año.

El *Administrador del Plan* debe recibir las Solicitudes de Inscripción llenadas antes del fin del período de inscripción anual de 30 días. Si no se recibe *Su* Solicitud de Inscripción llenada para ese momento, no podrá ingresar al *Plan* hasta el próximo período de inscripción anual o cambio de estado.

## Período de Inscripción Annual (continuación)

Las Solicitudes de Inscripción continuarán automáticamente cada año a menos que *Usted* las revoque por escrito cada año. *Su Empleador* le notificará cuándo es el período de inscripción anual cada año.

### Cambios de Estado

Si *Usted* tiene un cambio de estado, según lo definido por el Servicio de Impuestos Internos, tiene 30 días a partir de la fecha de ese cambio para hacer nuevas elecciones conforme a este *Plan*. Los cambios en *Sus* elecciones deben ser congruentes con *Su* cambio de estado o, de lo contrario, no serán permitidos. Cambio de estado significa solamente un cambio según se indica a continuación.

1. **Estado civil.** *Su* matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o la muerte de *Su* cónyuge legal;
2. **Cantidad de Dependientes.** Aumento o disminución en la cantidad de *Dependientes* que *Usted* tiene debido a un nacimiento, una adopción, una puesta en adopción o la muerte de un *Dependiente*;
3. **Situación laboral.** Cualquiera de los siguientes eventos que cambian *Su* situación laboral o la de *Su Dependiente*, por ejemplo: fin o inicio de un empleo, huelga o cierre patronal, comienzo o regreso de un permiso de ausencia no remunerado, cambio de lugar de trabajo y cualquier cambio en la situación laboral que haga que comience a cumplir o deje de cumplir los requisitos de participación conforme al plan de la Sección 125 o al plan de beneficios subyacente;
4. **Estado de Dependiente.** *Su Dependiente* comienza a cumplir o deja de cumplir los requisitos de participación en la cobertura;
5. **Residencia.** Cualquier cambio de residencia para *Usted* o *Su* Dependiente;
6. **Estado de licencia médica o familiar.** En el momento en que comienza una licencia médica o familiar, el *Empleado* puede cambiar sus elecciones en la medida de lo permitido por la *Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA)* federal;
7. **Continuación con COBRA.** *Usted* o *Su* Dependiente comienzan a cumplir los requisitos de participación y eligen la continuación de la cobertura en el plan de salud de grupo del Empleador según lo dispuesto por *COBRA* o una ley estatal similar;
8. **Fallo, decreto u orden judicial.** Orden resultante de un divorcio, separación legal, anulación, cambio en la custodia legal u Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos según lo definido por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), que exige que *Usted* u otra persona proporcionen cobertura para *Su* hijo *Dependiente*;
9. **Derecho a Medicare o Medicaid.** *Usted* o *Su Dependiente* comienzan a cumplir o dejan de cumplir los requisitos de participación en la Parte A o la Parte B de Medicare o en Medicaid;
10. **Derechos de inscripción especial conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).** Un evento que califica como derecho de inscripción especial conforme a la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico*;
11. **Aumento significativo del costo.** Los cambios de elección se limitan a aumentar *Su* elección para cubrir el aumento del costo o a cambiar la elección para proporcionar un beneficio similar ofrecido por el Empleador;
12. **Reducción significativa de la cobertura.** Reducción general en la cobertura proporcionada a todos los participantes que tiene como resultado una reducción general en la cobertura del Plan;

## **Cambios de Estado (continuación)**

13. **Adición o eliminación de una opción de beneficios.** Los cambios de elección se limitan a elegir la nueva opción de beneficios en caso de que se agregue una opción de beneficios o a elegir un beneficio similar en caso de que se elimine una opción de beneficios;
14. **Cambios en la cobertura de un Dependiente en el plan de otro Empleador.** Los cambios de elección se limitan a los cambios resultantes de un cambio en el plan del empleador de *Su* cónyuge, excónyuge u otro *Dependiente*. Para calificar como un cambio de estado conforme a este Plan, el cambio debe estar permitido en el plan del otro empleador y en la Sección 125 del Código de Impuestos Internos, o ser el resultado de un período de elección diferente en el plan del otro empleador.

Si quiere saber si un evento califica o no como un cambio de estado, pregúntele al *Administrador de Reclamos*.

## **DISPOSICIÓN SOBRE TRANSFERENCIA CONYUGAL**

Si ambos cónyuges son *Empleados* y cada uno tomó una cobertura individual en este *Plan*, este *Plan* permite que *Su* cónyuge tome la cobertura como *Su Dependiente* en cualquier momento.

Además, si ambos cónyuges son *Empleados* y cumplen los requisitos para participar en la cobertura de este *Plan* y *Su* cónyuge anteriormente renunció a la cobertura como *Empleado* en favor de la cobertura como *Su Dependiente*, este *Plan* permite que *Su* cónyuge tome la cobertura como *Empleado* conforme al *Plan* y que le inscriba a *Usted* y a cualquier otro *Dependiente* que cumple los requisitos como *Dependiente* de *Su* cónyuge cuando:

1. *Usted* y *Su* cónyuge deciden transferir la cobertura en el *Plan* de un cónyuge al otro;
2. *Su* cónyuge decide tomar la cobertura como *Empleado* por cualquier motivo; o
3. *Usted* cancela *Su* cobertura en el *Plan* por cualquier motivo.

*Su* cónyuge debe elegir la cobertura en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha en que termina *Su* cobertura para que se considere una inscripción puntual. La cobertura de *Su* cónyuge en este *Plan* entrará en vigencia en la fecha en que termine *Su* cobertura.

Si *Su* cónyuge presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha en que termina *Su* cobertura, *Usted* no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

## **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 POR NO ESTAR ACTIVO EN EL TRABAJO**

Si *Usted* sigue pagando las contribuciones requeridas del *Plan*, *Su* cobertura permanecerá en vigencia durante no más de:

1. Un año durante un permiso no militar aprobado para ausentarse del trabajo (incluido un permiso de ausencia por *Discapacidad Total*); o
2. Dos años consecutivos durante un período sabático aprobado.

La cobertura que es requerida por la Ley de Licencia Médica y Familiar reducirá cualquier período mencionado anteriormente. El *Plan* debe permanecer en vigencia para que se aplique esta disposición.

## **Disposiciones Especiales por no estar Activo en el Trabajo (continuación)**

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

### **CONTINUACIÓN PARA SOBREVIVIENTES**

Si *Usted* tiene la cobertura de *Dependientes* en vigencia en la fecha en que *Usted* muere, la cobertura de este *Plan* continuará para *Sus Dependientes* sobrevivientes que estaban cubiertos en el *Plan* en el día inmediatamente anterior a *Su* muerte. La continuación para sobrevivientes terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha en que *Sus Dependientes* sobrevivientes adquieran la cobertura de cualquier otro plan de grupo;
2. Al final del período de dos años consecutivos después de *Su* muerte.

Esta continuación se hará simultáneamente con cualquier continuación de la cobertura requerida por COBRA. No se cobrará ninguna contribución requerida de la prima durante este período.

### **RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA**

Si *Su* cobertura termina debido al fin del empleo y *Usted* califica para cumplir los requisitos de participación en este *Plan* nuevamente (es recontratado o se le considera recontratado a los efectos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) dentro de las 26 semanas de la fecha en que terminó *Su* cobertura, se restablecerá *Su* cobertura. Si *Su* cobertura termina debido al fin del empleo y *Usted* no califica para cumplir los requisitos de participación en este *Plan* nuevamente (no es recontratado o no se lo considera recontratado a los 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 le tratará como una nueva contratación y deberá cumplir 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 personal.

### **CANCELACIÓN DE LA COBERTURA**

La cobertura se cancela en la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha de cancelación del *Plan*;
2. Para cualquier beneficio, la fecha en que el beneficio es eliminado del *Plan*;
3. El fin del período por el que se deba y no se haya pagado cualquier contribución requerida del *Empleado* o del *Empleador*;
4. La fecha en que *Usted* ingrese al servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país;
5. El fin del mes en que *Usted* deje de ser una clase de personas que cumplen los requisitos de acuerdo con los requisitos de participación del *Empleador*;
6. Para todos los *Empleados*, el fin del mes en que ocurra el fin del empleo con el *Empleador* o, si es antes, el fin del mes en el cual *Usted* deje de estar *Activo en el Trabajo* según lo definido en este *Plan*;
7. Para todos los *Empleados*, el fin del mes en que ocurra *Su* jubilación, a menos que *Usted* cumpla los requisitos de participación y elija la cobertura para jubilados;
8. Para *Sus Dependientes*, la fecha en que se cancele *Su* cobertura;

### **Cancelación de la Cobertura (continuación)**

9. Para un *Dependiente*, la fecha en que el *Dependiente* ingrese al servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país;
10. Para un cónyuge *Dependiente*, el fin del mes en que ese *Dependiente* deje de cumplir la definición de *Dependiente* de este *Plan*;
11. Para un hijo *Dependiente*, el fin del mes en que ese hijo *Dependiente* deje de cumplir los requisitos de participación del *Plan* según lo indicado en la definición de *Dependiente*;
12. La fecha en que *Usted* solicita que entre en vigencia la cancelación de *Su* cobertura o la de *Sus Dependientes*; o
13. La fecha en que *Usted* muera.

### **Rescisión de la cobertura**

Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, el *Plan* se reserva el derecho a rescindir la cobertura. Una rescisión de cobertura es una cancelación o una interrupción retroactiva de la cobertura debido a fraude o declaración falsa intencional de un hecho importante.

Una cancelación o interrupción de la cobertura no es una rescisión si:

1. Solamente tiene un efecto futuro;
2. Es atribuible a la falta de pago de las primas o contribuciones; o
3. Es iniciada por *Usted* o *Su* representante personal.

### **Aviso importante para Empleados activos y cónyuges mayores de 65 años**

El *Plan* no puede cancelar *Su* cobertura debido a *Su* edad o situación con respecto a *Medicare*. Un *Empleado* activo que cumple los requisitos de participación en *Medicare* debido a la edad (65 años o más) tiene la opción de:

1. Mantener la cobertura conforme a este *Plan*, en caso de que los beneficios de *Medicare* sean secundarios a este *Plan*; o
2. Terminar la cobertura de este *Plan*, en cuyo caso *Medicare* sería la única cobertura disponible para *Usted*.

Un cónyuge de un *Empleado* activo que cumple los requisitos de participación en *Medicare* debido a la edad (65 años o más) tiene la misma opción.

## LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)

La Ley de Licencia Médica y Familiar es una ley federal. Esta ley se aplica a los *Empleadores* que tienen 50 o más *Empleados*. Requiere que la cobertura de este *Plan* continúe durante una licencia médica o familiar aprobada. La cobertura debe ser idéntica a la cobertura que se habría proporcionado si no se hubiera tomado la licencia médica o familiar. La cobertura debe tener el mismo costo para el *Empleado* que si no se hubiera tomado la licencia médica o familiar.

Si este *Plan* se establece mientras *Usted* está en licencia médica o familiar, *Su* cobertura entrará en vigencia en la misma fecha en que lo habría hecho si *Usted* no se hubiera tomado la licencia. Si este *Plan* se enmienda mientras *Usted* está en licencia médica o familiar, los cambios entrarán en vigencia en la misma fecha en que lo habrían hecho si *Usted* no se hubiera tomado la licencia.

### REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO

Un *Empleado* cumple los requisitos para tomarse una licencia médica o familiar si se cumplen las siguientes condiciones:

1. El *Empleado* ha estado empleado por el *Empleador* durante un total de al menos 12 meses;
2. El *Empleado* ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses consecutivos anteriores a la solicitud de licencia médica o familiar; y
3. El *Empleado* está empleado en un lugar de trabajo que emplea al menos a 50 *Empleados*.

### TIPOS DE LICENCIA

La cobertura de este *Plan* puede continuar durante un período de licencia médica o familiar. El *Empleado* debe seguir pagando la parte que le corresponde de la contribución del *Plan* durante la licencia médica o familiar. Si no se recibe el pago, la cobertura se cancelará.

#### Licencia médica y familiar

Hay hasta 12 semanas de cobertura disponibles durante un período de 12 meses, según lo definido por el *Empleador*, para:

1. El nacimiento del hijo del *Empleado*;
2. La puesta en adopción de un niño con el *Empleado*. La puesta en cuidado tutelar de un niño con el *Empleado*;
3. El *Empleado* que se toma la licencia para cuidar a un cónyuge, hijo, hija, padre o madre que tiene una condición de salud grave;
4. El *Empleado* que se toma la licencia debido a una condición de salud grave, que le impide desempeñar las funciones de Su puesto; o
5. Cualquier necesidad que califique, que surja de la convocatoria del cónyuge, hijo, hija, padre o madre del *Empleado* para actuar en el servicio activo de las fuerzas armadas en apoyo a una operación de contingencia.

#### Licencia familiar militar

Hay hasta 26 semanas de cobertura disponibles durante un período de 12 meses, según lo definido por el *Empleador*, para cuidar a un miembro de las fuerzas armadas que es el cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar más cercano del *Empleado*. El cuidado debe ser necesario debido a una Lesión o Enfermedad grave sufrida por el militar en el cumplimiento del deber durante un período de servicio activo en las fuerzas armadas.

## **Ley de Licencia Médica y Familiar (continuación)**

### **Período máximo de licencia**

El máximo para cada tipo de licencia médica o familiar se aplicará por separado según lo indicado anteriormente. Si la licencia médica o familiar durante un solo período de 12 meses incluye tanto una licencia médica y familiar y una licencia familiar militar, el máximo combinado no excederá las 26 semanas.

Si tanto el *Empleado* como el cónyuge del *Empleado* están empleados por el *Empleador*, la licencia médica o familiar podría limitarse a un total combinado para ambos cónyuges de:

1. 12 semanas cuando la licencia médica o familiar se debe al nacimiento o puesta en adopción de un hijo o hija, o al cuidado de un padre o madre con una condición de salud grave;
2. 26 semanas cuando la licencia médica o familiar se debe al cuidado de un miembro de las fuerzas armadas; o
3. 26 semanas combinadas cuando se toman las dos licencias, médica y familiar, y familiar militar.

### **Cancelación antes del período máximo de licencia**

Si el *Empleado* decide no reincorporarse al trabajo, la cobertura en el *Plan* puede terminar en ese momento.

Si no se paga la contribución del *Plan* dentro de los 30 días de su fecha de vencimiento, la cobertura en el *Plan* puede terminar en ese momento. El aviso de cancelación se debe proporcionar al menos 15 días antes de la fecha de cancelación.

Si un *Empleado* no se reincorpora al trabajo al final de la licencia médica y familiar, se le ofrecerá la continuación con COBRA en ese momento.

### **Recuperación de contribuciones del Plan**

El *Empleador* tiene derecho a recuperar la parte de las contribuciones del *Plan* que pagó para mantener la cobertura en el *Plan* durante una licencia médica y familiar no remunerada. Si el *Empleado* no se reincorpora al trabajo al final de la licencia, se podrá ejercer ese derecho. Este derecho no se aplicará si la no reincorporación se debe a circunstancias ajenas al control del *Empleado*.

## **RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA AL REINCORPORARSE AL TRABAJO**

La ley exige que se restablezca la cobertura cuando el *Empleado* se reincorpora al trabajo. El restablecimiento se aplicará independientemente de que se haya mantenido o no la cobertura en el *Plan* durante la licencia médica o familiar.

Al restablecerse la cobertura, se aplicarán todas las disposiciones y los límites del *Plan* que se habrían aplicado si no se hubiera tomado la licencia médica o familiar. No se aplicará el período de cumplimiento de requisitos.

## **DEFINICIONES**

Solo a los efectos de esta disposición, se definen los siguientes términos:

**Condición de Salud Grave.** Cualquier *Enfermedad*, *Lesión*, limitación o condición física o mental que involucre:

1. Cuidado para pacientes hospitalizados en un *Hospital*, Centro de Cuidados Paliativos o centro de cuidado médico residencial, incluido cualquier período de incapacidad (p. ej., incapacidad para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades diarias habituales) debido a una condición de salud grave, o al tratamiento o recuperación de una condición de salud grave;



## Definiciones (continuación)

2. Continuidad del tratamiento de parte de un *Profesional Calificado*, incluido cualquier período de incapacidad:
  - a. durante más de tres días calendario consecutivos, si se consultó a un *Profesional Calificado* dos o más veces durante el período o si se consultó a un *Profesional Calificado* al menos una vez y se proporcionó un programa de tratamiento continuo;
  - b. debido al tratamiento prenatal o del embarazo, aunque no se proporcione tratamiento o que no dure más de tres días;
  - c. debido a una condición crónica (p. ej., una condición que requiera tratamientos periódicos de parte de un *Profesional Calificado* y que continúe durante un período prolongado, ya sea que la incapacidad sea permanente o periódica), aunque no se proporcione tratamiento o que no dure más de tres días;
  - d. que sea permanente o a largo plazo debido a una condición que requiere la supervisión de un *Profesional Calificado*, pero para la cual el tratamiento es ineficaz;
  - e. para recibir varios tratamientos de un *Profesional Calificado* para una cirugía de restauración debido a un *Accidente* o *Enfermedad* o para una condición con probabilidades de causar un período de incapacidad de más de tres días sin dicho tratamiento.

Condición de Salud Grave no incluye tratamientos estéticos, a menos que se requiera cuidado para pacientes hospitalizados o que surjan complicaciones, ni dolencias comunes como resfrío; gripe; dolor de oído; malestar estomacal; úlceras menores; dolor de cabeza, excepto migrañas; problemas de ortodoncia o dentales de rutina.

**Cónyuge** es *Su* esposo o esposa legal.

**Hijo o Hija** es *Su* hijo biológico natural, hijo adoptado, hijastro, niño bajo cuidado tutelar, niño puesto bajo *Su* custodia legal o un niño por el cual *Usted* actúa como padre en lugar del padre biológico natural del niño. El hijo debe ser:

1. Menor de 18 años; o
2. Mayor de 18 años, pero incapaz de cuidarse solo debido a una discapacidad física o mental.

**Padre o Madre** son *Sus* padres biológicos naturales, o alguien que actúa como ellos en lugar de *Sus* padres biológicos naturales.

NOTA: En la medida en que la ley local o estatal exija que un *Empleador* proporcione mayores derechos de licencia que los indicados anteriormente, este *Plan* proporcionará ese derecho mayor. Para obtener información completa sobre *Sus* derechos conforme a la Ley de Licencia Médica y Familiar, comuníquese con *Su Empleador*.

## **LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)**

La Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) es una ley federal.

### **CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR**

La ley exige que la cobertura de este *Plan* continúe durante una licencia que está cubierta por la Ley. La cobertura debe ser la misma que la que proporciona el *Plan* a *Empleados* activos similares. Esto significa que, cuando la cobertura cambie para *Empleados* activos similares, también cambiará para la persona con licencia. El costo de dicha cobertura será:

1. Para licencias de 30 días o menos, lo mismo que la contribución del *Empleado* requerida para *Empleados* activos;
2. Para licencias de 31 días o más, hasta el 102% de la contribución total.

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

La cobertura proporcionada debido a esta Ley reducirá cualquier cobertura requerida por COBRA.

### **Período máximo de cobertura durante una licencia militar**

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

1. La fecha en que *Usted* no se reincorpore al empleo con el *Empleador* después de terminar *Su* licencia. Los *Empleados* deben reincorporarse al empleo dentro de:
  - a. el primer día hábil completo después de terminar el servicio militar, para licencias de 30 días o menos. Se permitirá una cantidad de tiempo de viaje razonable para regresar del servicio militar,
  - b. 14 días después de terminar el servicio militar, para licencias de 31 a 180 días,
  - c. 90 días después de terminar el servicio militar, para licencias de más de 180 días; o
2. 24 meses a partir 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 reincorpora al trabajo. El restablecimiento se aplicará independientemente de que se haya mantenido o no la cobertura en el *Plan* durante la licencia. A fin de cumplir los requisitos para el restablecimiento, *Usted* debe ser de dado de baja honorablemente del servicio militar y reincorporarse al trabajo dentro de:

1. El primer día hábil completo después de terminar el servicio militar, para licencias de 30 días o menos. Se permitirá una cantidad de tiempo de viaje razonable para regresar del servicio militar;
2. 14 días después de terminar el servicio militar, para licencias de 31 a 180 días;
3. 90 días después de terminar el servicio militar, para licencias de más de 180 días.

## **Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados (continuación)**

Es posible que se le permita más tiempo para reincorporarse al trabajo si el servicio militar: le causa una *Enfermedad* o *Lesión*; o empeora una *Enfermedad* o *Lesión*. El motivo por el cual no se reincorpora dentro de los plazos indicados debe ser dicha *Enfermedad* o *Lesión*. En ese caso, puede tomarse un período de hasta dos años para reincorporarse al trabajo. Si, por razones ajenas a *Su* control, *Usted* no puede reincorporarse al trabajo dentro de los dos años, debe reincorporarse en cuanto sea razonablemente posible.

Al restablecerse la cobertura, se aplicarán todas las disposiciones y los límites del *Plan* que se habrían aplicado si *Usted* no se hubiera tomado la licencia. No se aplicará el período de cumplimiento de requisitos.

Esto no le exime de los límites del *Plan* para una *Enfermedad* o *Lesión*: que le causó el servicio militar; o que empeoró el servicio militar. La Secretaría del Departamento de Asuntos de los Veteranos determinará si el servicio militar le causó 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 Empleador*.

# CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

## LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (COBRA)

La Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) es una ley federal. La ley exige que los *Empleadores* ofrezcan a las personas cubiertas la continuación de la cobertura (COBRA) en el *Plan* si pierden la cobertura o si esta aumenta de costo debido a eventos específicos. COBRA se debe ofrecer a tarifas de grupo. El *Empleador* no puede exigir un certificado de buena salud como condición de COBRA. COBRA debe ser la misma cobertura para *Empleados* activos similares conforme al *Plan*. Esto significa que, cuando la cobertura cambie para *Empleados* activos similares, también cambiará para la persona con COBRA.

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

**Si Usted pierde Su cobertura de salud de grupo, es posible que tenga otras opciones disponibles.** Por ejemplo, podría cumplir los requisitos 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 *Su* bolsillo. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro *Plan* de salud de grupo para el que cumpla los requisitos (como el *Plan* de un cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte miembros fuera de plazo.

### Derechos a COBRA del Empleado

Un *Empleado* que está cubierto por este *Plan* tiene derecho a elegir COBRA si pierde la cobertura o esta aumenta de costo debido a:

1. Una reducción en las horas de trabajo del *Empleado*; o
2. El fin del empleo del *Empleado*. Esto no se aplicará si el *Empleado* es despedido por una conducta inadecuada grave.

### Derechos a COBRA del Cónyuge

El cónyuge de un *Empleado* que está cubierto por este *Plan* tiene derecho a elegir COBRA si pierde la cobertura o esta aumenta de costo debido a:

1. Una reducción en las horas de trabajo del *Empleado*;
2. El fin del empleo del *Empleado*. Esto no se aplicará si el *Empleado* es despedido por una conducta inadecuada grave;
3. La muerte del *Empleado*;
4. El fin del matrimonio del cónyuge con el *Empleado*. El matrimonio debe terminar debido a una disolución, anulación, divorcio o separación legal; o
5. La adquisición del derecho a *Medicare* por parte del *Empleado*.

### Derechos a COBRA de los hijos Dependientes

El hijo *Dependiente* de un *Empleado* que está cubierto por este *Plan* tiene derecho a elegir COBRA si pierde la cobertura o esta aumenta de costo debido a:

1. Una reducción en las horas de trabajo del Empleado;

## **Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (continuación)**

2. El fin del empleo del Empleado. Esto no se aplicará si el Empleado es despedido por una conducta inadecuada grave;
3. La muerte del Empleado;
4. El fin del matrimonio del Empleado. El matrimonio debe terminar debido a una disolución, anulación, divorcio o separación legal;
5. La adquisición del derecho a Medicare por parte del Empleado; o
6. El hijo deja de ser considerado un hijo Dependiente según lo definido en este Plan.

### **Cómo elegir COBRA**

Cada persona cubierta por este *Plan* tiene un derecho independiente a elegir COBRA para sí misma. Un *Empleado* o cónyuge cubierto puede elegir COBRA para todos los Familiares. Un padre o tutor legal puede elegir la cobertura para un hijo menor.

Si la cobertura se ha cancelado en anticipación de un evento que califica, el derecho a COBRA seguirá aplicándose en el momento del evento. En este caso, COBRA entrará en vigencia en la fecha del evento, aunque sea después de la fecha en que se perdió la cobertura o esta aumentó de costo.

Si el hijo *Dependiente* del *Empleado* nace durante el período de cobertura de COBRA, ese hijo puede ser agregado a la cobertura. El hijo tendrá todos los derechos que cualquier otro hijo tendría conforme a COBRA. Si un hijo es adoptado o puesto en adopción con el *Empleado* durante el período de cobertura de COBRA, ese hijo puede ser agregado a la cobertura. El hijo tendrá todos los derechos que cualquier otro hijo tendría conforme a COBRA.

### **Cobertura para jubilados (si se proporciona)**

Si pierde la cobertura debido a la cancelación de los beneficios para jubilados, *Usted* tiene derecho a elegir COBRA. También tiene derecho a elegir COBRA si los beneficios para jubilados se eliminan considerablemente. La cancelación o eliminación considerable debe ocurrir dentro de un año antes o después de que el *Empleador* presente la quiebra conforme al Capítulo 11.

### **Avisos y elección de cobertura**

Conforme a la ley, *Usted* debe informar al *Administrador del Plan* dentro de los 60 días de: un divorcio; una separación legal; una anulación; o una disolución del matrimonio. También debe informar al *Administrador del Plan* dentro de los 60 días de que un hijo deje de cumplir la definición de *Dependiente* del *Plan*. El aviso se debe proporcionar dentro del período de 60 días calendario que comienza en la última de las siguientes fechas:

1. La fecha del evento que califica; o
2. La fecha en que haya una pérdida de cobertura (o habría una pérdida de cobertura) debido al evento que califica original; o
3. La fecha en que se informa al beneficiario calificado sobre este requisito de aviso al recibir este Resumen de la Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

## **Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (continuación)**

El *Empleador* debe notificar al *Administrador del Plan*: la muerte del *Empleado*; el fin del empleo; la reducción en las horas de trabajo; o la adquisición del derecho a *Medicare*. El *Empleador* también debe notificar al *Administrador del Plan* una cancelación o eliminación considerable de la cobertura para jubilados debido a la presentación de quiebra conforme al Capítulo 11. Para obtener más información, consulte Procedimientos para Dar Aviso al Plan.

Dentro de los 14 días después de recibir el aviso de que ha ocurrido uno de los eventos anteriores, el *Empleador* debe notificarle que *Usted* tiene derecho a elegir COBRA. Si el *Empleador* y el *Administrador del Plan* son la misma entidad, el aviso del derecho a elección se debe dar dentro de los 44 días. Conforme a la ley, *Usted* debe elegir COBRA dentro de los 60 días después de la última de las siguientes fechas: la fecha en que *Usted* perdería la cobertura o esta aumentaría de costo debido al evento que califica; o la fecha en que se le envían el aviso de *Su* derecho a COBRA y el Formulario de Elección.

El *Empleador* o el *Administrador del Plan* deben proporcionarle una cotización del costo mensual total de COBRA. El pago inicial vence a los 45 días después de haberse elegido la cobertura. Todos los demás pagos vencen mensualmente, sujetos a un período de gracia de 30 días.

Si elige COBRA dentro del período de 60 días, COBRA entrará en vigencia en la fecha en que *Usted* perdería la cobertura. Si no elige COBRA dentro de este período de 60 días, COBRA no estará disponible. *Su* cobertura en el *Plan* se cancelará.

Si elige COBRA, es *Su* deber hacer todos los pagos mensuales directamente al *Empleador* o al *Administrador del Plan*. El costo de COBRA debe ser un cálculo aproximado razonable del costo de la cobertura si no hubiera terminado. El *Plan* puede agregar un cargo administrativo del 2% a ese costo. El *Plan* puede cobrar un 50% adicional durante la extensión de 11 meses por discapacidad total si la persona discapacitada está cubierta. Si la persona discapacitada no está cubierta, solo se aplicará el cargo administrativo del 2% durante la extensión.

Los pagos por COBRA solo pueden aumentar una vez durante cualquier período de 12 meses. El *Empleador* o el *Administrador del Plan* es el que establece las fechas del período de 12 meses.

### **Período máximo de continuación de la cobertura**

Cuando se pierde la cobertura o esta aumenta de costo, la ley exige que el *Empleador* mantenga COBRA durante un plazo máximo de:

1. 18 meses, si se debe al fin del empleo del *Empleado*. El fin del empleo debe ser por motivos que no sean la conducta inadecuada grave del *Empleado*;
2. 18 meses, si se debe a la reducción en las horas de trabajo del *Empleado*;
3. 36 meses, si se debe a la muerte del *Empleado*;
4. 36 meses, si se debe al fin del matrimonio del *Empleado*. El matrimonio debe terminar debido a una disolución, anulación, divorcio o separación legal;
5. 36 meses, si se debe a que el *Empleado* adquiere derecho a *Medicare*. Si la cobertura no se pierde ni aumenta de costo hasta una fecha posterior, COBRA terminará al cabo del plazo más prolongado de los siguientes: 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a *Medicare* del *Empleado*; o el período máximo de COBRA permitido debido al evento que causó la pérdida de la cobertura o el aumento del costo;
6. 36 meses, si se debe a que *Su* hijo deja de ser un *Dependiente* según lo definido en el *Plan*; o

## Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (continuación)

7. La vida del jubilado, si se debe a la cancelación de los beneficios para jubilados. Se aplicará el mismo período si se debe a la eliminación considerable de los beneficios para jubilados. La cancelación o eliminación considerable debe ocurrir dentro de un año antes o después de que el Empleador presente la quiebra conforme al Capítulo 11. En el momento de la muerte del jubilado, todo Dependiente cubierto puede elegir COBRA durante 36 meses adicionales a partir de esa fecha.

Si *Usted* o un *Dependiente* están discapacitados en el momento de un evento que califica, un período de COBRA de 18 meses podría extenderse 11 meses más. El período de 18 meses también puede extenderse si *Usted* o un *Dependiente* quedan discapacitados durante los primeros 60 días de COBRA. *Usted* debe estar discapacitado conforme a las condiciones del Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social. El período máximo puede extenderse 29 meses desde el evento original. *Usted* debe dar aviso al *Administrador del Plan* dentro de los 60 días de la última de las siguientes fechas:

1. La fecha de la determinación de discapacidad conforme a la Ley del Seguro Social;
2. La fecha en que ocurre el evento que califica;
3. La fecha en que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura debido al evento que califica original o la fecha en que se perdió la cobertura del Plan debido al evento que califica original; o
4. La fecha en que se informa al beneficiario calificado sobre el requisito de notificar la discapacidad al administrador de COBRA, al recibir este Resumen de la Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

Este aviso también debe ser anterior al fin del período de COBRA de 18 meses. Si no se da aviso en estos plazos, *Usted* no cumplirá los requisitos para el período extendido. Si se determina que *Usted* ya no está discapacitado, debe notificar al *Administrador del Plan* dentro de los 30 días de esa determinación definitiva. El derecho a este período extendido se aplica a cada persona. Se aplicará aunque la persona discapacitada no siga estando cubierta. Para obtener más información, consulte Procedimientos para Dar Aviso al Plan.

Si ocurre un segundo evento durante el período inicial de 18 o 29 meses, COBRA podría extenderse hasta 36 meses. Los segundos eventos incluyen: la muerte del *Empleado*; el divorcio del *Empleado*; un hijo que deja de cumplir la definición de *Dependiente*. Un segundo evento no tendrá como resultado una extensión de COBRA si el evento no provocaría una pérdida de cobertura para un Empleado activo o Dependiente. Excepto en caso de quiebra, el período no excederá los 36 meses desde la fecha del evento original.

El período de cobertura máximo se mide desde la fecha del evento que califica. Esto se aplica aunque el evento que califica no provoque una pérdida de cobertura ni un aumento en el costo hasta una fecha posterior.

Si se rechaza COBRA en favor de una cobertura alternativa conforme al *Plan*, no se ofrecerá COBRA al final de ese período. Si se ofrece una cobertura alternativa, COBRA se reducirá en la medida en que dicha cobertura cumpla los requisitos de COBRA. Una cobertura alternativa incluye la continuación de parte de: una ley estatal; USERRA; o cualquier otra disposición del Plan.

## OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CON COBRA

Es posible que haya otras opciones de cobertura para *Usted* y *Su* familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid u otras opciones de cobertura de *Plan* de salud de grupo (como el *Plan* de un cónyuge) durante el llamado “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura con COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite [www.cuidadodesalud.gov/es](http://www.cuidadodesalud.gov/es).

## Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (continuación)

### Cancelación antes del fin del período máximo de cobertura

La ley permite que COBRA se cancele antes del fin del período máximo. Dicha cancelación solamente puede ser por alguno de los siguientes motivos:

1. El Empleador deja de proporcionar un plan de beneficios de grupo a todos sus empleados;
2. El pago de COBRA no se hace a tiempo. Los pagos mensuales están sujetos a un período de gracia de 30 días. Si el pago se hace a tiempo y no es significativamente menor que la cantidad adeudada, se considerará un pago total, a menos que se le envíe un aviso de la cantidad adeudada. Usted tendrá 30 días a partir de la fecha del aviso para hacer el pago adicional;
3. Usted obtiene otro plan de grupo después de la fecha en que elige COBRA;
4. Adquiere derecho a Medicare después de la fecha en que elige COBRA;
5. Se ha tomado una determinación definitiva de que Usted ya no está discapacitado. Dicha determinación se debe hacer conforme al Título II o XVI de la Ley del Seguro Social. Esto solamente se aplicará durante la extensión de 11 meses de COBRA debido a discapacidad. En este caso, COBRA no terminará hasta el primer día del mes que sea más de 30 días después de la determinación.

### Período de elección adicional debido a la Ley de Comercio de 2002

Si *Usted* no eligió COBRA durante el período de elección descrito anteriormente, se podría presentar otro período de 60 días para que *Usted* elija COBRA. Si *Su* pérdida de cobertura se debió a un evento de la Asistencia por Ajustes en el Comercio (Trade Adjustment Assistance, TAA) y se determina que *Usted* cumple los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio durante el período de seis meses posterior a *Su* pérdida de cobertura, tendrá un período adicional para poder elegir COBRA. Este período de elección comenzará el primer día del mes en el que *Usted* comience a cumplir los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. El período terminará en la primera de las siguientes fechas: 60 días desde la fecha en que comenzó; o al final del período de seis meses después de *Su* pérdida de cobertura debido a un evento de la Asistencia por Ajustes en el Comercio.

Si elige COBRA durante este período de elección debido a la Asistencia por Ajustes en el Comercio, COBRA entrará en vigencia el primer día del mes en el que *Usted* comenzó a cumplir los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. No se proporcionará COBRA durante el período entre *Su* pérdida de cobertura y el primer día del mes en el que *Usted* comenzó a cumplir los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. En este caso, el período máximo de cobertura se contará desde la fecha en que *Usted* perdió la cobertura en el *Plan*, no la fecha de vigencia de COBRA. Si no elige COBRA dentro de este período, COBRA no volverá a estar disponible.

Si elige COBRA, es *Su* deber hacer todos los pagos mensuales directamente al *Administrador del Plan*. La Ley de Comercio de 2002 creó un crédito fiscal para las personas que cumplen los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. Conforme a la Ley, se puede tomar como crédito fiscal hasta el 72.5% del costo de COBRA. La Ley también ofrece una opción para un pago por adelantado del crédito fiscal para el costo de COBRA. Si tiene preguntas sobre este crédito fiscal, llame al número gratuito del Centro de Contacto con el Cliente del Crédito Fiscal para el Cuidado de la Salud al 1-866-628-4282. Puede encontrar información adicional sobre la Ley de Comercio de 2002 en [www.doleta.gov/tradeact](http://www.doleta.gov/tradeact).



## Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (continuación)

### Procedimientos para Dar Aviso al Plan

A fin de mantener *Sus* derechos conforme a COBRA, *Usted* debe dar aviso al *Plan* de ciertos eventos, según lo descrito anteriormente. El *Plan* considerará que *Usted* ha cumplido *Su* obligación si da un aviso por escrito al *Administrador del Plan* que incluye:

1. El nombre y número de participante del Empleado;
2. El nombre de las personas a quien se aplica el aviso;
3. El motivo por el cual se da el aviso; y
4. La dirección y el número de teléfono para comunicarse con *Usted*.

El aviso se debe dirigir al Departamento de Recursos Humanos, Attn: COBRA Administration. El aviso se debe enviar por correo a la dirección del *Administrador del Plan* que se indica en este *Plan*. Si no envía el aviso dentro del plazo indicado anteriormente, *Usted* no cumplirá con *Su* obligación de dar aviso.

### Otra información

El *Administrador del Plan* responderá cualquier pregunta que *Usted* tenga sobre COBRA. También puede comunicarse 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 de Trabajo de los Estados Unidos para obtener respuestas a *Sus* preguntas. Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado se encuentran disponibles a través del sitio web [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

Para proteger *Sus* derechos conforme a COBRA, debe notificar al *Administrador del Plan* cualquier cambio que afecte *Su* cobertura. Tales cambios incluyen un cambio de estado civil; dirección; u otra cobertura de seguro de *Usted* o de un Familiar. Cuando envíe cualquier aviso al *Plan*, debe mantener una copia para *Su* archivo personal.

### Si Tiene Preguntas:

Las preguntas concernientes a *Su Plan* o *Sus* derechos a la continuación de la cobertura con COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos que se indican más abajo. Para obtener más información sobre *Sus* derechos conforme a ERISA, incluida COBRA, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio 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 para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (EBSA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos de *Su* área o visite el sitio web de la Administración en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado se encuentran disponibles a través del sitio web de la Administración). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.cuidadodesalud.gov/es](http://www.cuidadodesalud.gov/es).

**Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (continuación)**

- 1) El Administrador del *Plan*:

Colorado Employer Benefit Trust  
2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900  
Denver, CO 80222  
(303) 773-1373 o 1-800-332-1168

- 2) El administrador de COBRA:

Colorado Employer Benefit Trust  
2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900  
Denver, CO 80222  
(303) 773-1373 o 1-800-332-1168

## **SECCIÓN 4 INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN**

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN  
BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

## INFORMACIÓN DESCRIPTIVA DEL PLAN

El *Empleador* establece los beneficios conforme al *Plan*. El *Empleador* establece los derechos y privilegios de los participantes del Plan a esos beneficios. El *Plan* paga beneficios directamente de los activos generales del *Empleador*, según sea necesario.

Cada *Empleado* inscrito en el *Plan* recibirá un Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD). Esta guía es el Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan correspondiente al *Plan*. Contiene información sobre: requisitos de participación; cancelación; beneficios proporcionados; y otras disposiciones generales del *Plan*.

El propósito de este Resumen de la Descripción del Plan es establecer las disposiciones de este *Plan*. El *Plan* proporciona el pago o el reembolso de gastos de la vista aprobados.

<b>NOMBRE DEL PLAN</b>	Colorado Employer Benefit Trust Employee Health and Welfare Benefit Plan
<b>TIPO DE PLAN</b>	Plan de bienestar autofinanciado que proporciona beneficios de la vista a los <i>Empleados y Dependientes</i> cubiertos.  Este <i>Plan</i> no está financiado ni es administrado por una compañía de seguros. Los beneficios del <i>Plan</i> no están garantizados por un contrato de seguro.
<b>FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN</b>	1 de julio de 2019, modificación 1 de enero de 1989, original
<b>AÑO DEL PLAN PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES AL GOBIERNO</b>	Del 1 de julio al 30 de junio
<b>ADMINISTRADOR DEL PLAN O PATROCINADOR DEL PLAN</b>	Colorado Employer Benefit Trust 2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900 Denver, CO 80222 (303) 773-1373 o 1-800-332-1168
<b>NÚMERO DE ID DEL EMPLEADOR</b>	74-2141123
<b>ADMINISTRADOR DE RECLAMOS</b>	UMR, Inc. 2700 Midwest Drive Onalaska, WI 54650-8764 (800) 826-9781 (número gratuito)
<b>AGENTE PARA EL SERVICIO DEL PROCESO LEGAL</b>	Colorado Employer Benefit Trust 2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900 Denver, CO 80222 (303) 773-1373 o 1-800-332-1168

# COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

## Beneficios Sujetos a Esta Disposición

Los beneficios de este *Plan* se coordinan con los beneficios proporcionados por otros planes que le cubren a *Usted*. Esto se hace para prevenir el seguro en exceso, lo que provocaría un aumento en el costo de la cobertura de este *Plan*. Esta disposición se aplicará independientemente de que *Usted* presente o no un reclamo conforme a cualquier otro plan que le cubra.

## Efecto sobre los Beneficios

En ciertos casos, los beneficios de este *Plan* se reducirán cuando *Usted* esté cubierto por otros planes que proporcionen beneficios por el mismo servicio. Los beneficios conforme a este *Plan* y cualquier otro plan, según se definen a continuación, serán coordinados. El beneficio total no excederá el 100% de los *Gastos Cubiertos* totales incurridos conforme a este *Plan*.

## Definiciones

Un plan es cualquier cobertura que proporciona beneficios por gastos médicos o dentales. Los beneficios se pueden proporcionar mediante pago o servicio. Plan incluye cualquiera de los siguientes:

1. Cobertura de seguro de grupo o de franquicia, ya sea asegurado o autofinanciado;
2. Organizaciones de servicios médicos u *hospitalarios* en planes de grupo y otros planes de prepago de grupo;
3. Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con licencia;
4. Cualquier cobertura patrocinada o proporcionada por o a través de una institución educativa;
5. Cualquier programa del gobierno o un programa obligatorio por estatuto del estado;
6. Cualquier cobertura patrocinada o proporcionada por o a través de un *Empleador*, fiduciario, sindicato, beneficio para *Empleados* u otra asociación.

Esto incluye contratos de tipo de grupo que no están disponibles para el público general. Dichos contratos pueden obtenerse debido a la membresía en o la relación de la *Persona Cubierta* con un grupo particular. Esta disposición se aplicará independientemente de que dicha cobertura se designe como franquicia, seguro múltiple o de alguna otra manera.

Esto no incluye contratos de seguro automotor individuales o de grupo que cubren los daños “independientemente de la responsabilidad” ni los tradicionales que cubren los daños “según la responsabilidad”. No incluye contratos escolares ni de otro tipo de responsabilidad civil ante terceros similar. No incluye otros tipos de contratos que reclamen ser en exceso o contingentes en todos los casos.

## Cómo Funciona la Coordinación de los Beneficios

Uno de los planes involucrados pagará los beneficios primero, sin considerar los beneficios disponibles conforme a los otros planes. A este se le llama plan primario. Los otros planes compensarán la diferencia, hasta el total del *Gasto Cubierto*. Estos planes se llaman planes secundarios.

Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, en lugar de pagos en efectivo, el valor *Habitual, Usual y Razonable* de cada servicio se considerará como el beneficio pagado. Ningún plan pagará más de lo que hubiese pagado sin esta disposición.

## Orden para la Determinación de Beneficios

El plan primario se determinará según las siguientes reglas. Ese plan pagará los beneficios primero.

## **Coordinación de los Beneficios (continuación)**

1. El plan que no tiene ninguna disposición de coordinación será el primario.
2. El plan que cubra a la persona como *Empleado* será primario.
3. Para un hijo que está cubierto por los planes de ambos padres, el plan que cubre al padre cuyo cumpleaños (mes y día) ocurra primero en el *Año Calendario* será el primario. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo será el primario.
4. En el caso de un hijo que ha sido puesto bajo la custodia conjunta y la guarda física de padres divorciados, separados o solteros, se aplicará la regla 3., a menos que se haya asignado a uno de los padres la responsabilidad financiera de los gastos médicos del hijo. En ese caso, el plan del padre que tiene la responsabilidad financiera, según una orden judicial, será el primario.
5. En el caso de un hijo de padres divorciados, separados o solteros que no tiene la custodia conjunta ni la guarda física de ambos padres:
  - a. el plan del padre que tenga la guarda física principal será el primario,
  - b. el plan de un padrastro que tenga la guarda física principal será el siguiente en pagar los beneficios,
  - c. el plan de un padre que no tenga la guarda física principal será el siguiente en pagar los beneficios, y
  - d. el plan de un padrastro que no tenga la guarda física principal será el siguiente en pagar los beneficios.

A menos que se haya asignado a un padre la responsabilidad financiera de los gastos médicos del hijo. En ese caso, el plan del padre que tiene la responsabilidad financiera, según una orden judicial, será el primario.

6. El plan que cubre a una persona inactiva: despedida; jubilada; en COBRA o cualquier otra forma de continuación de la cobertura; o el dependiente de dicha persona pagará los beneficios después del plan que cubre a esas personas como un Empleado activo o Dependiente de un Empleado Activo.
7. El plan que cubre a la persona conforme a una extensión de beneficios por discapacidad pagará los beneficios antes que el plan que cubre a esas personas como un Empleado activo o el Dependiente de un Empleado activo.

Si 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 será el plan secundario.

Si no se establece cuál es el plan primario según las reglas anteriores, el plan que ha cubierto a la persona durante más tiempo será el primario. Si un plan que no sea este *Plan* no incluye la disposición 3., esta disposición se anulará a fin de determinar los beneficios con el otro plan.

## **Coordinación de los Beneficios entre Planes Médicos y de la Vista**

En todos los casos, el plan de la vista será el secundario. Solamente pagará beneficios después de que el plan médico pague beneficios como plan primario.

## **Coordinación de los Beneficios con Medicare**

En todos los casos, la coordinación con *Medicare* cumplirá con las normas y los estatutos federales. Se supondrá que cada persona que cumple los requisitos de participación en *Medicare* tiene la cobertura completa de *Medicare*. Cobertura completa de *Medicare* es: Seguro hospitalario de la Parte A; y seguro médico voluntario de la Parte B. Se supondrá que la cobertura de *Medicare* es completa, independientemente de que se haya tomado o no. *Sus* beneficios en este *Plan* están sujetos a los cargos límites permitidos establecidos por *Medicare*. Los beneficios se coordinarán en la medida en que se hubieran pagado conforme a *Medicare* según lo permitido por las normas y los estatutos federales.

## DERECHO A SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COMPENSACIÓN

El *Plan* tiene derecho a subrogación y reembolso.

La subrogación se aplica cuando el *Plan* ha pagado *Gastos Cubiertos* en *Su* nombre por una Enfermedad o *Lesión* por la cual se considera responsable a un tercero. El derecho a subrogación significa que el *Plan* es sustituido en favor de, y sucederá a, todos y cada uno de los reclamos legales que *Usted* pueda tener derecho a iniciar contra un tercero por *Gastos Cubiertos* que el *Plan* haya pagado en relación con la Enfermedad o *Lesión* de la cual se considera responsable a un tercero.

El derecho a reembolso significa que, si se presume que un tercero causó o es responsable de una Enfermedad o *Lesión* por la cual *Usted* recibe una satisfacción de deuda, un fallo u otro resarcimiento de parte de un tercero, *Usted* debe usar esa cantidad cobrada para devolver completamente al *Plan* el 100% de cualquier beneficio cubierto que reciba por esa Enfermedad o *Lesión*.

Las siguientes personas y entidades se consideran terceros:

- Una persona o entidad que se presume sea la causa de que *Usted* sufra una Enfermedad, *Lesión* o daños, o que sea legalmente responsable de dicha Enfermedad, *Lesión* o dichos daños.
- Toda compañía de seguros u otro indemnificador de cualquier persona o entidad que se presume haya causado o que causó la Enfermedad, la *Lesión* o los daños.
- El Patrocinador del *Plan* en un caso de seguro de accidentes laborales u otro asunto de presunta responsabilidad civil ante terceros.
- Toda persona o entidad que esté o pueda estar obligada a proporcionarle beneficios o pagos a *Usted*, incluidos los beneficios o pagos por protección para motoristas no asegurados o con seguro insuficiente, seguro automotor que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o tradicional, cobertura de pagos médicos (automotor, de propietarios u otra), cobertura del seguro de accidentes laborales, otras compañías de seguros o administradores externos.
- Toda persona o entidad que sea responsable de pagarle conforme a cualquier teoría de responsabilidad legal o equitativa.

*Usted* acepta lo siguiente:

- Cooperar con el *Plan* para proteger los derechos legales y equitativos del *Plan* a subrogación y reembolso oportunamente, lo que incluye, por ejemplo:
  - Notificar al *Plan*, por escrito, toda posible demanda legal que *Usted* pueda tener contra un tercero por actos que hicieron que se paguen *Gastos Cubiertos* o que estos sean pagaderos.
  - Proporcionar cualquier información pertinente que solicite el *Plan*.
  - Firmar o entregar los documentos que el *Plan* o nuestros agentes soliciten razonablemente para procurar el reclamo de subrogación y reembolso.
  - Responder a solicitudes de información sobre Accidentes o *Lesiones*.
  - Comparecer ante los tribunales.
  - Obtener nuestro consentimiento o el de nuestros agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad civil o el pago de gastos médicos.
  - Cumplir las condiciones de esta sección.



## Subrogación (continuación)

*Su* falta de cooperación con el *Plan* se considera un incumplimiento de contrato. Como tal, el *Plan* tiene derecho a cancelar *Sus* beneficios cubiertos, denegar futuros beneficios futuros, iniciar acciones legales en *Su* contra o compensar de cualquier beneficio futuro el valor de los beneficios cubiertos que el *Plan* haya pagado con relación a cualquier Enfermedad o *Lesión* causada o presuntamente causada por un tercero en la medida que el *Plan* no lo haya recuperado debido a que *Usted* o *Su* representante no cooperaron con el *Plan*. Si el *Plan* incurre en honorarios de abogados y costos con el fin de cobrar la satisfacción de deuda de un tercero establecido por *Usted* o *Su* representante, el *Plan* tiene derecho a recuperar dichos honorarios y costos de *Su* parte. *Usted* también tendrá la obligación de pagar intereses sobre las cantidades que retenga y que se deberían haber devuelto al *Plan*.

- El *Plan* tiene un derecho de primera prioridad para recibir el pago sobre cualquier demanda en contra de un tercero antes de que *Usted* reciba el pago de dicho tercero. Además, nuestro derecho a tener la primera prioridad de pago es superior a todos y cada uno de los reclamos, deudas o derechos de preferencia que alegue cualquier proveedor médico, que incluyen, entre otros, *Hospitales* o centros de tratamiento de *Emergencia*, que aleguen un derecho al pago de los fondos pagaderos o recuperados de un tercero presuntamente responsable o compañía de seguros.
- Los derechos de subrogación y reembolso del *Plan* se aplican a la satisfacción de deuda, los fallos u otros resarcimientos, totales y parciales, pagados o pagaderos a *Usted* o *Su* representante, sin importar cómo se titulen o describan dichas cantidades recaudadas. Los pagos incluyen, entre otros, daños económicos, no económicos y punitivos. El *Plan* no está obligado a ayudarle a iniciar una demanda por daños o *Lesiones* personales, y ninguno de los costos asociados, incluidos los honorarios de abogado, se deducirá de nuestra recuperación sin el consentimiento expreso y por escrito del *Plan*. Ninguna de las llamadas “doctrina de fondo” o “doctrina de fondo común” o “doctrina de fondo del abogado” anulará este derecho.
- Independientemente de que *Usted* haya recibido una remuneración total o haya sido resarcido, el *Plan* puede cobrarle las cantidades que *Usted* o *Su* representante legal hayan cobrado por cualquier recuperación total o parcial, ya sea en la forma de satisfacción de deuda (antes o después de cualquier determinación de responsabilidad) o fallo, sin importar cómo se titulen o describan dichas cantidades recaudadas. Las cantidades que el *Plan* puede cobrar incluyen, entre otras, daños económicos, no económicos y punitivos. Nuestros derechos en materia de subrogación y reembolso no se verán limitados por la aplicación de la “doctrina relativa a la acumulación de indemnizaciones” o de la “doctrina de resarcimiento integral”, por ningún reclamo por enriquecimiento injusto ni por ninguna otra limitación equitativa.
- Los beneficios pagados por el *Plan* también pueden ser considerados beneficios adelantados.
- Si *Usted* recibe un pago de cualquier tercero como resultado de una Enfermedad o *Lesión*, y el *Plan* afirma que se le debe una parte o el total de esos fondos, *Usted* o *Su* representante deberán mantener esos fondos en fideicomiso, ya sea en una cuenta bancaria separada a *Su* nombre o en la cuenta de fideicomiso de *Su* abogado. *Usted* acepta que se desempeñará como fiduciario sobre dichos fondos en la medida de los beneficios que el *Plan* haya pagado.
- Los derechos de recuperación del *Plan* no se reducirán debido a *Su* propia negligencia.
- A nuestra solicitud, *Usted* nos cederá todos los derechos de recuperación en contra de terceros, en la medida de los *Gastos Cubiertos* que el *Plan* haya pagado por la Enfermedad o *Lesión*.

## Subrogación (continuación)

- El *Plan* puede, si lo desea, tomar las medidas necesarias y apropiadas para preservar los derechos del *Plan* conforme a estas disposiciones, que incluyen, entre otras, proporcionar o intercambiar información de pagos médicos con una compañía de seguros, el representante legal de la compañía de seguros u otro tercero, y entablar una demanda en *Su* nombre, lo cual no obliga al *Plan* de ninguna manera a pagarle a *Usted* parte de cualquier recuperación que el *Plan* pudiera obtener.
- *Usted* no puede aceptar ninguna satisfacción de deuda que no reembolse totalmente al *Plan* sin la aprobación de este por escrito.
- El *Plan* tiene la autoridad y facultad discrecional para resolver todas las disputas con relación a la interpretación de lo dispuesto en el presente documento.
- En el caso de una demanda por supervivencia o de muerte por negligencia ajena, las disposiciones de esta sección se aplican a *Su* patrimonio, al representante personal de *Su* patrimonio y a *Sus* herederos o beneficiarios.
- Ninguna asignación de dinero por daños, por satisfacción de deuda o cualquier otra recuperación que consiga *Usted*, *Su* patrimonio, el representante de *Su* patrimonio, *Sus* herederos, *Sus* beneficiarios o cualquier otra persona o parte, tendrá validez si no reembolsa al *Plan* el 100% de los intereses a menos que el *Plan* dé el consentimiento por escrito a dicha asignación.
- Las disposiciones de esta sección se aplican a los padres, tutores u otros representantes de un hijo *Dependiente* que sufre una Enfermedad o *Lesión* causada por un tercero. Si un padre o tutor tiene la posibilidad de iniciar una demanda por daños que surjan de la Enfermedad o *Lesión* de un menor, las condiciones de esta cláusula de subrogación y reembolso se aplicarán a ese reclamo.
- Si un tercero provoca o se presume que haya causado que *Usted* sufra una Enfermedad o *Lesión* mientras está cubierto por este *Plan*, las disposiciones de esta sección se seguirán aplicando, incluso después de que *Usted* ya no esté cubierto.
- El *Plan* y todos los administradores que administran los términos y condiciones de los derechos de subrogación y reembolso del *Plan* tienen las facultades y obligaciones necesarias para cumplir sus obligaciones y funciones, que incluyen el ejercicio de su facultad discrecional de (1) interpretar y hacer valer las condiciones de los derechos de subrogación y reembolso del *Plan* y (2) tomar determinaciones con respecto a las cantidades de subrogación y los reembolsos que se deben al *Plan*.

## Seguro de accidentes laborales

Este *Plan* excluye la cobertura para cualquier *Lesión* o Enfermedad que cumpla los requisitos para obtener beneficios conforme al seguro de accidentes laborales. Si el *Plan* paga beneficios y *Usted* recibe el seguro de accidentes laborales por el mismo incidente, el *Plan* tiene derecho a recuperación. Ese derecho se describe en esta sección. El *Plan* se reserva el derecho de ejercer sus derechos de recuperación contra *Usted* aunque:

1. Los beneficios del seguro de accidentes laborales estén en disputa o se hagan por medio de una satisfacción de deuda o un acuerdo;
2. No se tome una determinación definitiva de que la *Lesión* o *Enfermedad* se sufrió durante el transcurso o como resultado de *Su* empleo;
3. *Usted* o la aseguradora de pólizas de seguro de accidentes laborales no lleguen a un acuerdo o no definan la cantidad del seguro de accidentes laborales debido al gasto de cuidado de la salud; o
4. El gasto de cuidado de la salud esté específicamente excluido de la satisfacción de deuda o del acuerdo del seguro de accidentes laborales.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

Las siguientes disposiciones son para proteger *Sus* derechos legales y los derechos legales del *Plan*.

### **RECEPTORES ALTERNATIVOS**

Si una orden judicial exige que una *Persona Cubierta* proporcione cobertura de cuidado de la salud para un hijo *Dependiente*, se debe proporcionar cobertura al hijo. La cobertura no puede estar sujeta a los requisitos del *Plan*, tales como: custodia; estado civil del padre; persona declarada en los impuestos; o manutención del 50%. También es posible que los períodos de inscripción y otros límites similares sobre los requisitos de participación de los *Dependientes* no se apliquen para ese hijo. Si una *Persona Cubierta* no inscribe al hijo en el *Plan*, el *Plan* debe reconocer el derecho del hijo a ser inscrito. El padre que tiene la custodia o el tutor legal del hijo puede ejercer este derecho. El Departamento de Salud y Servicios Sociales también puede ejercer este derecho.

A los efectos de recibir la información del *Plan*, el hijo será como un *Empleado* conforme al *Plan*. El padre que tiene la custodia o el tutor legal pueden tener este derecho en nombre del hijo. El Departamento de Salud y Servicios Sociales también tendrá este derecho. Deben recibir toda la información necesaria para ser inscritos y recibir beneficios conforme al *Plan*. Se les debe proporcionar una copia del Resumen de la Descripción del *Plan* (SPD). Todo pago hecho por el *Plan* debe hacerse al hijo o al proveedor del servicio. El pago también se puede hacer al padre que tiene la custodia, al tutor legal o al Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Una orden judicial no concederá derecho al hijo a ningún beneficio o cobertura que ya no ofrezca el *Plan*.

### **ENMIENDAS AL PLAN O CANCELACIÓN DEL PLAN**

El *Empleador* puede enmendar los beneficios del *Plan* en cualquier momento. El *Empleador* puede cancelar el *Plan* en cualquier momento. El *Empleador* comunicará inmediatamente cualquier cambio en el *Plan* a las *Personas Cubiertas* por el *Plan*.

Si el *Plan* se cancela, se limitan los derechos de las *Personas Cubiertas* a los beneficios. Solo los reclamos incurridos y pagaderos antes de la fecha de la cancelación serán pagaderos. Los activos del *Plan* se asignarán al beneficio exclusivo de las *Personas Cubiertas*. Todos los impuestos y gastos del *Plan* se pueden pagar de los activos del *Plan*.

### **CESIÓN**

Toda cesión se aplicará únicamente si el proveedor reembolsará cualquier pago hecho por error. El *Plan* no autentifica la validez legal ni el efecto de ninguna cesión.

### **CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES**

Si alguna parte de este *Plan* discrepa de alguna ley que se aplique al *Plan*, se enmienda por este medio para cumplir con dicha ley.

### **CONTRIBUCIONES AL PLAN**

El *Plan* se financia con las contribuciones del *Empleador* y de los *Empleados* cubiertos.

Los fondos contribuidos por los *Empleados* se aplican a los gastos del *Plan* en cuanto sea razonablemente posible. Los fondos excedentes se usan para pagar reclamos. El *Empleador* establece la cantidad de la contribución del *Empleado*. El *Empleador* se reserva el derecho a modificar dichas contribuciones. Todas las contribuciones del *Empleado* están libres de discriminación.

## **FACULTAD DISCRECIONAL**

Los beneficios conforme a este *Plan* solamente serán pagaderos si el *Administrador del Plan* decide, a su criterio, que la *Persona Cubierta* tiene derecho a los beneficios. El *Administrador del Plan* tendrá el criterio exclusivo de interpretar las condiciones del *Plan*; tomar decisiones sobre los requisitos de participación; y resolver cuestiones prácticas. Este criterio se aplicará con respecto a todos los pagos de reclamos y beneficios conforme al *Plan*.

## **FALTA DE APLICACIÓN DE DISPOSICIONES DEL PLAN**

El hecho de que el *Plan* no haga valer jurídicamente alguna disposición del *Plan* no afectará el derecho de hacerlo posteriormente. Dicha falta de aplicación no afectará el derecho de hacer valer jurídicamente cualquier otra disposición del *Plan*.

## **FRAUDE**

El fraude es un delito procesable. 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 afecta los requisitos de participación de una *Persona Cubierta*. Los requisitos de notificación se describen en este Resumen de la 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 eventos que requieren notificar al *Plan* serían: divorcio, hijo Dependiente que cumple la edad límite e inscripción en otra cobertura de salud de grupo mientras recibe COBRA (tenga en cuenta que los ejemplos enumerados no incluyen todos los casos).

Estas acciones tendrán como consecuencia la denegación del reclamo de la *Persona Cubierta* o la cancelación de la cobertura de la *Persona Cubierta* en el *Plan*, y estarán sujetas al procesamiento y castigo de todo el peso de la ley estatal o federal. En caso de fraude, el *Plan* hará uso de todos los recursos legales correspondientes.

Las *Personas Cubiertas* deben:

1. Presentar reclamos exactos. Si otra persona, como *Su* cónyuge u otro familiar, presenta reclamos en nombre de la *Persona Cubierta*, la *Persona Cubierta* debe revisar el formulario de antes de firmarlo;
2. Revisar Su Explicación de Beneficios (EOB). Asegúrese de que los beneficios se hayan pagado correctamente según *Su* conocimiento de los *Gastos Cubiertos* y los servicios recibidos;
3. Nunca permitir que otra persona use *Su* identidad para recibir tratamiento médico. Si pierde la tarjeta de ID de *Su Plan*, denuncie la pérdida al *Administrador del Plan* inmediatamente;
4. Presentar información completa y exacta en los formularios de reclamo y en todo otro formulario. Responder todas las preguntas a *Su* leal saber y entender; y
5. Notificar al *Plan* cuando ocurra un evento que afecte los requisitos de participación de la *Persona Cubierta*.

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

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

## **Disposiciones Generales (continuación)**

Las *Personas Cubiertas* que tengan dudas sobre cualquier cargo que aparezca en una factura o en un formulario de Explicación de Beneficios, o que sepa de (o sospeche) cualquier actividad ilegal, debería llamar a la línea directa gratuita para denunciar fraude al 1-800-356-5803. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

## **LIBRE ELECCIÓN DE PROVEEDORES**

La *Persona Cubierta* tiene la libertad de elegir cualquier proveedor con licencia legal. El *Plan* no interferirá en la relación proveedor-paciente.

## **INTERPRETACIÓN**

Este *Plan* no constituye un contrato entre el *Empleador* y las *Personas Cubiertas*. No se considerará como un incentivo o condición de empleo. El *Plan* no modificará las disposiciones de ningún convenio colectivo que pueda haber hecho el *Empleador*. Puede obtener una copia de cualquier acuerdo semejante si lo solicita por escrito al *Administrador del Plan*.

## **ACCIONES LEGALES**

*Usted* puede solicitar el proceso alternativo de resolución de disputas ofrecido por el *Plan* o interponer una acción de hecho o de derecho contra el *Plan*. Dicha acción no puede iniciarse hasta 60 días después de la fecha en que *Usted* proporcione al *Plan* un comprobante de pérdida por escrito. Si se ha acordado un método alternativo de resolución de disputas, no se puede iniciar una acción de hecho o de derecho hasta el fin de ese proceso. Dicha acción no se puede iniciar más de tres años después de haberse presentado el comprobante de pérdida.

## **PAGO DE RECLAMOS**

Todos los beneficios (excepto por medicamentos con receta) se pagarán directamente al proveedor de servicios, a menos que *Usted* indique lo contrario por escrito en el momento en que presenta el comprobante de pérdida.

Los beneficios pagaderos en *Su* nombre o en el nombre de *Sus Dependientes* cubiertos, en el momento de la muerte, se pagarán a la opción del *Plan* a uno o más de los siguientes: *Su* cónyuge; *Sus* hijos *Dependientes*, incluidos los hijos adoptados legalmente; *Sus* padres; *Sus* hermanos y hermanas; o *Sus* herederos.

Todo pago hecho de buena fe eximirá completamente al *Plan* de sus obligaciones en la medida de dicho pago.

## **EXAMEN MÉDICO**

El *Plan* tiene derecho a pedirle un examen médico con la frecuencia que sea razonablemente necesaria mientras un reclamo esté pendiente. El *Plan* asumirá el gasto del examen.

## **PRIVACIDAD**

El *Empleador*, que es el patrocinador de este *Plan*, recibirá información de salud protegida. La información podría permitir identificar a la persona en algunos casos. El *Empleador* tiene limitaciones en la forma en que puede usar esta información. Los usos y las divulgaciones que haga deben ser necesarios para desempeñar las funciones del *Plan*. Las funciones del *Plan* deben relacionarse con pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud, según lo definido en la Parte 164: Seguridad y Privacidad del Subtítulo A, Subcapítulo C del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 45. También puede usar o divulgar la información según lo exigido por la ley.

## **Disposición General de Privacidad (continuación)**

Antes de recibir cualquier información de salud protegida, el *Empleador* debe certificar al *Plan* que acepta:

1. No usar ni divulgar la información, excepto según lo indicado anteriormente;
2. Requerir que cualquier agente o subcontratista del *Empleador* acepte los mismos límites que se aplican al *Empleador* antes de darles la información;
3. No usar ni divulgar la información para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo;
4. No usar ni divulgar la información en relación con otros planes de beneficios que el *Empleador* patrocine;
5. Informar al *Plan* cualquier uso o divulgación que no cumpla con esta disposición general;
6. Poner la información a disposición de la persona con quien se relaciona;
7. Poner la información a disposición para enmiendas e incluir tales enmiendas en ella;
8. Proporcionar la información necesaria para entregar un resumen de las divulgaciones;
9. Poner sus prácticas, libros y registros internos en relación con la información a disposición de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para su revisión;
10. Devolver o destruir toda la información que ya no sea necesaria. Si eso no es posible, limitar cualquier otro uso o divulgación a la razón por la cual no fue posible devolverla o destruirla;
11. Mantener una separación adecuada entre sí mismo y el *Plan*. El acceso a la información se limitará a los integrantes de los Departamentos de Finanzas y Recursos Humanos del *Empleador* que trabajan con el *Plan*. Estas personas recibirán la información mínima y necesaria para llevar a cabo las funciones del *Plan* que desempeñan; y
12. Proporcionar un proceso eficaz para tratar el incumplimiento de parte del *Empleador* o sus agentes o subcontratistas.

## **PRONOMBRES**

Todos los pronombres personales que se usan en el *Plan* incluyen ambos sexos, a menos que su uso indique claramente lo contrario.

## **PROTECCIÓN FRENTE A ACREEDORES**

Los pagos de beneficios conforme al *Plan* no están sujetos de ninguna manera a enajenación, venta, transferencia, garantía, embargo, retención, ejecución o gravamen de ningún tipo. Todo intento por conseguir esto será nulo. Si el *Plan* descubre que se ha hecho un intento semejante, a su criterio exclusivo, puede cancelar *Su* interés en los pagos. El *Plan* luego aplicará la cantidad del pago al beneficio de un hijo adulto, tutor de un hijo menor, hermano o hermana u otro pariente de la *Persona Cubierta*. Tal pago eximirá completamente al *Plan* en la medida del pago.

## **DERECHO A INFORMACIÓN NECESARIA**

El *Plan* puede requerir cierta información a fin de aplicar las disposiciones de este *Plan*. Para conseguir esta información, el *Plan* puede divulgar u obtener información de donde sea necesario. El intercambio de dicha información no requerirá *Su* consentimiento. Por ejemplo, puede obtenerla o divulgarla de una compañía de seguros, una organización o una persona. La información solo se intercambiará en la medida en que sea necesario para implementar las disposiciones del *Plan*. *Usted* acepta proporcionar la información que sea necesaria para aplicar las disposiciones del *Plan*.

## **DERECHO A RECUPERACIÓN**

El *Plan* se reserva el derecho a recuperar todo pago que se haya hecho conforme al *Plan*: La recuperación se limita a la cantidad que exceda la cifra que el *Plan* está obligado a pagar. Este derecho de recuperación se aplica contra:

1. Cualquier persona a quien, para quien o con respecto a quien se hayan hecho tales pagos; y
2. Cualquier organización o compañía de seguros. Si, conforme a las condiciones de este *Plan*, este debe beneficios por el mismo gasto conforme a cualquier otro plan.

El *Plan* solo determinará contra quien ejercerá este derecho de recuperación.

Si otro plan ha pagado beneficios que debería haber pagado este *Plan*, el *Plan* se reserva el derecho a reembolsar directamente a dicho plan. El reembolso se hará hasta la cantidad necesaria para cumplir las obligaciones de este *Plan*. Todo pago semejante hecho de buena fe eximirá completamente al *Plan* de sus obligaciones en la medida de dicho pago.

## **SEGURIDAD**

El *Empleador*, que es el patrocinador de este *Plan*, recibirá información de salud protegida en formato electrónico. La información podría permitir identificar a la persona en algunos casos. En relación con dicha información de salud protegida en formato electrónico, el *Empleador* certifica al *Plan* que acepta:

1. Tomar las medidas de seguridad (administrativas, físicas y técnicas) apropiadas y razonables para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información que cree, reciba, mantenga o transmita;
2. Requerir que cualquier agente o subcontratista del *Empleador* acepte los mismos requisitos que se aplican al *Empleador* conforme a esta disposición;
3. Informar al *Plan* cualquier incidente de seguridad del que tome conocimiento el *Empleador*; y
4. Aplicar las medidas de seguridad razonables y apropiadas para mantener una separación adecuada entre sí mismo y el *Plan*.

## **DECLARACIONES**

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que haga una *Persona Cubierta* se considerarán declaraciones y no garantías. Una declaración no se usará para impugnar la cobertura en el *Plan*, a menos que se hayan entregado una copia firmada de ella a la *Persona Cubierta*. Si la *Persona Cubierta* está fallecida, la copia se entregará a su beneficiario.

## **PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS**

Después de recibir un comprobante de pérdida por escrito o una solicitud de revisión de la utilización, el *Plan* le notificará su decisión sobre *Su* reclamo y emitirá el pago, si debe alguno, de la siguiente manera:

### **Cuidado de Urgencia**

Dentro de las 24 horas o en cuanto sea posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve. Si se necesita más información para tomar una decisión sobre el reclamo, el *Plan* le notificará la nueva información específica necesaria dentro de las 24 horas. *Usted* luego tendrá 48 horas desde la recepción del aviso para proporcionar la información solicitada. Dentro de las 48 horas de haber recibido la información adicional, el *Plan* comunicará su decisión sobre el reclamo. Si *Usted* no proporciona la información solicitada por el *Plan*, el *Plan* le comunicará su decisión sobre el reclamo dentro de las 48 horas después del fin del período que *Usted* tenía para presentar la información.

## **Plazos para la Determinación de Reclamos (continuación)**

Si *Usted* no sigue el procedimiento del *Plan* para un *Reclamo Previo al Servicio*, el *Plan* le notificará dentro de las 24 horas después de que el *Plan* haya recibido la solicitud de Preautorización. El aviso incluirá el motivo por el cual no se aceptó la solicitud y el proceso adecuado para obtener Preautorización.

### **Cuidado simultáneo**

Antes del fin de cualquier tratamiento preautorizado, si los beneficios se interrumpirán antes del plazo o de la cantidad de tratamientos autorizados. El aviso debe darle tiempo para que *Usted* presente una apelación y reciba una decisión sobre esa apelación antes de que se interrumpa el beneficio. Esto no se aplicará si el beneficio se interrumpirá debido a una *Enmienda* del *Plan*. Esto no se aplicará si el beneficio se interrumpirá debido a la cancelación del *Plan*.

Las solicitudes para extender un tratamiento preautorizado relacionado con *Cuidado de Urgencia* se deben responder dentro de las 24 horas o lo antes posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve. Tales solicitudes se deben hacer al menos 24 horas antes de que termine el tratamiento autorizado.

### **Reclamos Previos al Servicio**

Dentro de los 15 días de la recepción de un reclamo de cuidado que no es de urgencia. El *Plan* puede extender este período por 15 días si: *Usted* es notificado de la necesidad de una extensión antes del fin del período inicial. La extensión debe ser a causa de circunstancias ajenas al control del *Plan*. Si una extensión se debe a la necesidad de información adicional, el *Plan* le notificará la información específica que se necesita. *Usted* luego tendrá 45 días desde la recepción del aviso para proporcionar la información solicitada.

Si *Usted* no sigue el procedimiento del *Plan* para un *Reclamo Previo al Servicio* de cuidado que no es de urgencia, el *Plan* le notificará dentro de los cinco días después de que el *Plan* haya recibido la solicitud de Preautorización. El aviso incluirá el motivo por el cual no se aceptó la solicitud y el proceso adecuado para obtener Preautorización.

### **Reclamos Posteriores al Servicio**

Dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo. El *Plan* puede extender este período por 15 días si: *Usted* es notificado de la necesidad de una extensión antes del fin del período inicial. La extensión debe ser a causa de circunstancias ajenas al control del *Plan*. Si una extensión se debe a la necesidad de información adicional, el *Plan* le notificará la información específica que se necesita. *Usted* luego tendrá 45 días desde la recepción del aviso para proporcionar la información solicitada.

En caso de la determinación de beneficios adversa de un reclamo, *Usted* recibirá un aviso cultural y lingüísticamente apropiado que contenga lo siguiente:

1. Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (por ejemplo, la fecha de servicio, el proveedor de cuidado de la salud y la cantidad del reclamo, [si corresponde]);
2. Una declaración que describa la disponibilidad, a *Su* solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará en cuanto sea posible y la solicitud no se considerará una apelación);
3. Las razones específicas 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 usó para denegar el reclamo;
4. Referencia a las disposiciones específicas del *Plan* en las que se basó la determinación de beneficios;
5. Una descripción de la información o los documentos adicionales que sean necesarios para que el reclamante complete el reclamo o una explicación de por qué son necesarios;



### **Plazos para la Determinación de Reclamos (continuación)**

6. Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria o 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 esos procedimientos;
7. Una declaración con respecto al derecho del reclamante de entablar una demanda, si la hubiera;
8. Si la determinación adversa se tomó a partir de alguna regla, pauta, protocolo u otro criterio similar, el aviso debe incluir la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que la determinación adversa se tomó a partir de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar y que se entregará sin cargo una copia de la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar al reclamante si lo solicita;
9. Si la determinación de beneficios adversa se basó en un criterio médico o en un límite o una exclusión de tratamiento experimental o similar, el aviso debe incluir una explicación del criterio clínico o científico para la determinación, donde se apliquen las condiciones del *Plan* a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y
10. La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de defensor del afiliado o de asistencia al consumidor de seguros de salud que corresponda, establecida conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública para ayudar a las personas con las apelaciones y los reclamos internos, así como con los procesos de revisión externa.

### **EL SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES NO SE VE AFECTADO**

Este *Plan* no se emite el lugar de la cobertura del seguro de accidentes laborales. No afecta ningún requisito para la cobertura según la Ley de Seguro de Accidentes Laborales. No afecta ningún requisito para la cobertura según la Ley de Enfermedades Ocupacionales.

## PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS

Si el *Empleado*, el *Dependiente* u otro beneficiario no están conformes con el pago de reclamos proporcionado o con una determinación de rescisión de cobertura, deben comunicarse con el *Administrador del Plan*. Cualquier consulta verbal informal al *Administrador del Plan* no se tratará como una apelación. Si *Usted* quiere presentar una apelación formal, puede presentar una solicitud por escrito ante el *Administrador del Plan* para iniciar el proceso de apelación. Hay dos niveles de apelación para los reclamos de la vista. El primer nivel de apelación será con el *Administrador del Plan* y segundo nivel de apelación voluntaria será con la *Junta Fiduciaria*. Consulte *Su* determinación de reclamo adversa (o Explicación de Beneficios) o comuníquese con el *Administrador del Plan* y pídale la información de contacto para presentar las apelaciones.

*Usted* puede apelar la denegación de un reclamo, la decisión de revisión de la utilización o la determinación de rescisión de cobertura mediante los procedimientos que se describen a continuación. También puede apelar la denegación del nivel inicial de una apelación mediante los procedimientos que se describen a continuación.

1. Presente una solicitud por escrito, ante el *Administrador del Plan* para que el *Plan* realice una revisión completa e imparcial del reclamo o de la apelación de nivel inicial;
2. Solicite revisar los documentos pertinentes a la administración del *Plan*, incluido el expediente de *Su* reclamo o apelación;
3. Presente comentarios y asuntos por escrito que describan los fundamentos de *Su* apelación; y
4. Presente pruebas y testimonios con respecto a *Su* apelación.

Recuerde que las solicitudes de apelación, ya sea en el nivel inicial o en el segundo nivel, deben hacerse por escrito, indicar de forma clara y concisa los motivos por los que disputa la denegación y adjuntar la documentación pertinente que no se haya presentado aún al *Plan*.

Todas las apelaciones consistirán en una revisión completa e imparcial del reclamo o de la apelación. La revisión no tendrá en cuenta la decisión del reclamo inicial o de la apelación inicial. Si la apelación se relaciona con una decisión de criterio médico, se convocará a un asesor médico que tenga la capacitación y experiencia apropiada en la rama de la medicina en cuestión. Si la apelación se relaciona con el hecho de que un servicio es de carácter experimental, se convocará a un asesor médico que tenga la capacitación y experiencia apropiada en la rama de la medicina en cuestión. Dicho asesor médico no habrá participado anteriormente en el reclamo o en la apelación inicial que se está apelando. Además, la apelación se adjudicará de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas que participan en la toma de la decisión. Por último, si se usan o generan pruebas nuevas o adicionales durante la determinación de la apelación, o si se espera usar un nuevo fundamento como base de una denegación, el *Plan* le proporcionará esa información a *Usted* sin cargo y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la determinación de beneficios adversa.

### Apelación de primer nivel

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

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, *Usted* recibirá la notificación de la decisión del *Plan* de la siguiente manera:

## Procedimiento de Apelación de Reclamos (continuación)

1. Para reclamos de *Cuidado de Urgencia*, dentro de las 72 horas o lo antes posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve (se dará deferencia al proveedor médico en lo que respecta a qué es *urgente*).
2. Para *Reclamos Previos al Servicio*, dentro de los 15 días o lo antes posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve; o
3. Para *Reclamos Posteriores al Servicio*, dentro de 30 días.

### Apelación voluntaria de segundo nivel

*Usted* puede proceder con la apelación voluntaria de segundo nivel si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel inicial mediante la presentación de una solicitud de apelación ante el *Administrador del Plan* o administrador de medicamentos con receta designado dentro de los 60 días posteriores a *Su* recepción de la denegación de una apelación de nivel inicial. La *Junta Fiduciaria* proporcionará la revisión de la apelación de segundo nivel para reclamos médicos y el administrador de medicamentos con receta designado proporcionará la apelación de segundo nivel para reclamos de medicamentos con receta. La *Junta Fiduciaria* o el administrador de medicamentos con receta designado responderá dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

Si se demuestra que existe un buen motivo, la *Junta Fiduciaria* o el agente designado por la *Junta Fiduciaria* permitirá que se enmiende o complemente la apelación. Si el reclamante solicita prestar declaración, la *Junta Fiduciaria* o el agente designado por la *Junta Fiduciaria* concederá una audiencia a partir de la petición de que se reciba y considere cualquier prueba o argumento. La falta de presentación de una apelación dentro del período de 60 días mencionado constituirá una renuncia al derecho del reclamante a una apelación a partir de la información y las pruebas presentadas antes de la denegación o audiencia, según sea el caso, a menos que la *Junta Fiduciaria* o el agente designado por la *Junta Fiduciaria* exima a un reclamante de tal renuncia por un buen motivo, si la solicitud de tal eximición se presenta dentro de un año después de la fecha que figura en el aviso de denegación. Sin embargo, dicha falta de presentación no impedirá que el reclamante cumpla los requisitos para los beneficios en una fecha posterior a partir de información y pruebas adicionales que no estaban disponibles para el reclamante en el momento de la denegación o audiencia. La decisión de la *Junta Fiduciaria* o del agente designado por la *Junta Fiduciaria* se tomará rápidamente, a menos que existan circunstancias especiales que requieran una extensión de tiempo para el procesamiento, en cuyo caso se comunicará una decisión lo antes posible, pero sin exceder los 60 días después de la recepción de la solicitud de apelación. La decisión se le comunicará a *Usted* por escrito.

La decisión de la *Junta Fiduciaria* o del agente designado por la *Junta Fiduciaria* 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, a menos que *Usted* solicite una revisión externa conforme al Programa Federal de Revisión Externa, que se describe a continuación. La disposición de esta sección se aplicará e incluirá a todos y cada uno de los reclamos de beneficios del *Plan*, todo reclamo o derecho ejercido conforme a estas reglas y normas o en contra del *Plan*, independientemente de cuándo ocurrió el acto o la omisión en la que se basa el reclamo.

### Avisos de decisiones sobre apelaciones

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

1. Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (por ejemplo, la fecha de servicio, el proveedor de cuidado de la salud y la cantidad del reclamo, [si corresponde]);

## Procedimiento de Apelación de Reclamos (continuación)

2. Una declaración que describa la disponibilidad, a *Su* solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará en cuanto sea posible y la solicitud no se considerará una apelación);
3. Las razones específicas 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 usó para denegar el reclamo;
4. Referencia a las disposiciones específicas del *Plan* en las que se basó la determinación de beneficios;
5. En el caso de un aviso de determinación de beneficios adversa interna y definitiva, un análisis de la decisión;
6. Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente (y sus copias) en relación con el reclamo de beneficios del reclamante;
7. Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria o 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 esos procedimientos;
8. Una declaración con respecto al derecho del reclamante de entablar una demanda, si la hubiera;
9. Si la determinación adversa se tomó a partir de alguna regla, pauta, protocolo u otro criterio similar, el aviso debe incluir la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que la determinación adversa se tomó a partir de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar y que se entregará sin cargo una copia de la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar al reclamante si lo solicita;
10. Si la determinación de beneficios adversa se basó en un criterio médico o en un límite o una exclusión de tratamiento experimental o similar, el aviso debe incluir una explicación del criterio clínico o científico para la determinación, donde se apliquen las condiciones del *Plan* a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y
11. La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de defensor del afiliado o de asistencia al consumidor de seguros de salud que corresponda, establecida conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública para ayudar a las personas con las apelaciones y los reclamos internos, así como con los procesos de revisión externa.