

CERTIFICADO DE COBERTURA

**Plan Médico para South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund
Plan Select
Plan NHP HMO**

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2020

Número de grupo: 902343



Sus Responsabilidades

Tenga en Cuenta que el Plan No Paga Todos los Servicios para el Cuidado de la Salud

El Plan no paga todos los servicios para el cuidado de la salud. Los Beneficios se limitan a los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. En la *Lista de Beneficios* encontrará la porción que usted debe pagar por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Decidir Qué Servicios Debería Recibir

Las decisiones de cuidado se toman entre usted y su Médico. El Administrador de Reclamos y el Patrocinador del Plan no toman decisiones sobre la clase de cuidado que usted debería o no recibir.

Elegir su Médico

Es su responsabilidad seleccionar a los profesionales de cuidado de la salud que le proporcionarán cuidado. El Administrador de Reclamos hace los arreglos necesarios para que los Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud y centros participen en una Red. El proceso de acreditación del Administrador de Reclamos confirma la información pública sobre las licencias y otras credenciales de los profesionales y centros, pero no garantiza la calidad de sus servicios. Estos profesionales y centros son médicos y entidades independientes que son los únicos responsables del cuidado que ofrecen.

Obtener la Preautorización

Algunos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos requieren preautorización. En general, los Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que participan en una Red son responsables de obtener la preautorización. Sin embargo, existen algunos Beneficios para los que usted es responsable de obtener la autorización antes de recibir los servicios. Para obtener información detallada sobre los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que requieren preautorización, consulte la *Lista de Beneficios*.

Pagar su Parte

Usted debe alcanzar el deducible que corresponda y pagar un Copago o Coseguro por la mayoría de los Servicios Para el Cuidado de la Salud Cubiertos. Estos pagos deben realizarse al momento del servicio o cuando los factura el Médico, proveedor o centro. Los montos del deducible, Copago y Coseguro se detallan en la *Lista de Beneficios*. También debe pagar cualquier cantidad que exceda la Cantidad Permitida.

Pagar el Costo de los Servicios Excluidos

Usted debe pagar el costo de todos los servicios y artículos excluidos. Revise la Sección *Exclusiones y Limitaciones* para familiarizarse con las exclusiones del Plan.

Mostrar Su Tarjeta de ID

Debe mostrar su tarjeta de ID cada vez que solicite servicios para el cuidado de la salud. Si no muestra su tarjeta de ID, es posible que el proveedor no le facture a la entidad correcta por los servicios prestados.

Presentar Reclamos con Información Completa y Exacta

Cuando recibe Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de un proveedor fuera de la Red, usted es responsable de solicitar el pago al Plan. Usted debe presentar el reclamo en un formato que contenga toda la información que el Administrador de Reclamos necesita para procesar el reclamo, como se describe en la Sección *Cómo Presentar un Reclamo*.

Usar su Cobertura de Cuidado de la Salud Anterior

Si tiene una cobertura anterior que, según lo exigido por la ley estatal, extiende Beneficios para una condición o discapacidad en particular, el Plan no pagará Beneficios de servicios para el cuidado de la salud para dicha condición o discapacidad hasta que finalice la cobertura anterior. El Plan pagará Beneficios desde el día en que comience su cobertura en virtud del Plan para todos los demás Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que no estén relacionados con la condición o discapacidad para la que usted tiene otra cobertura.

UnitedHealthcare Select

United Healthcare Services, Inc.

Lista de Beneficios

¿Cómo Acceder a los Beneficios?

Selección de un Médico de Cuidado Primario de la Red

Debe seleccionar un Médico de Cuidado Primario de la Red que se encuentre ubicado en el área geográfica de la residencia permanente del Participante a fin de obtener Beneficios. En la terminología sobre cuidado de la salud general, un Médico de Cuidado Primario también puede conocerse como *PCP* (Primary Care Physician). Un Médico de Cuidado Primario de la Red podrá coordinar todos los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos y promover la continuidad del cuidado de la salud. Si usted es el padre que tiene la custodia de un hijo Dependiente Inscrito, deberá seleccionar un Médico de Cuidado Primario de la Red que se encuentre ubicado en el área geográfica de la residencia permanente del Participante para ese hijo.

Usted puede designar a un Médico de la Red que se especializa en pediatría (incluidas las subespecialidades pediátricas, en función del alcance de la licencia de ese proveedor conforme a la ley estatal aplicable) como el Médico de Cuidado primario de la Red para un hijo Dependiente Inscrito. No necesita una referencia de un Médico de Cuidado Primario y puede solicitar cuidado directamente a un Especialista, incluido un Médico que se especialice en obstetricia o ginecología.

Para cambiar su Médico de Cuidado Primario de la Red, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Debe ver a un Médico de la Red a fin de obtener Beneficios. Salvo que se describa específicamente en esta *Lista de Beneficios*, los Beneficios no están disponibles para servicios proporcionados por proveedores fuera de la Red. Este plan de Beneficios no proporciona un nivel de Beneficios fuera de la Red.

Los **Beneficios** se aplican a Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que son proporcionados por un Médico de la Red u otro proveedor de la Red.

Los Beneficios para servicios del centro se aplican cuando los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos se proporcionan en un centro de la Red. Los Beneficios incluyen servicios de un Médico proporcionados en un centro de la Red por un Médico de la sala de Emergencias, un Médico de consulta, un radiólogo, un anesthesiólogo o un patólogo de la Red o fuera de la Red. Los Beneficios también incluyen Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia.

Según el área geográfica y el servicio que usted reciba puede tener acceso al programa de ahorros compartidos de su Administrador de Reclamos para proveedores fuera de la Red que han aceptado reducir sus cargos facturados por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. Consulte la definición de Programa de Ahorros Compartidos en la Sección *Términos definidos*, del CERTIFICADO DE COBERTURA para obtener detalles sobre cómo se aplica el Programa de Ahorros Compartidos.

Deberá mostrar su tarjeta de ID cada vez que solicite servicios para el cuidado de la salud de un proveedor de la red. Si no muestra su tarjeta de ID, los proveedores de la Red no tienen manera de saber que usted está inscrito en el Plan. Como consecuencia, es posible que le facturen el costo total de los servicios que reciba.

Al final de la *Lista de Beneficios* aparece información adicional sobre la Red de proveedores y cómo podrían resultar afectados sus Beneficios.

Si existe un conflicto entre esta *Lista de Beneficios* y cualquier resumen que el Patrocinador del Plan le proporcione a usted, prevalecerá esta *Lista de Beneficios*.

¿Se Aplica la Preautorización?

El Administrador de Reclamos requiere preautorización para ciertos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. En general, los proveedores de la Red son responsables de obtener la preautorización antes de proporcionarle estos servicios. Sin embargo, existen algunos Beneficios para los que usted es responsable de obtener la preautorización. Los servicios para los cuales se requiere que obtenga una preautorización se muestran en la tabla de la *Lista de Beneficios* dentro de cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Los centros de la Red y los proveedores de la Red no podrán facturarle los servicios para los cuales no hayan obtenido preautorización según se requiere. Puede llamar al Administrador de Reclamos al número que figura en su tarjeta de ID.

Para obtener preautorización, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID. Esta llamada inicia el proceso de revisión de la utilización. Una vez que haya obtenido la autorización, revísela atentamente para asegurarse de que comprende qué servicios se han autorizado y qué proveedores están autorizados a prestar los servicios que están sujetos a la autorización.

El proceso de revisión de la utilización es un conjunto de técnicas formales diseñadas para supervisar el uso de servicios para el cuidado de la salud, procedimientos o entornos, y para evaluar la necesidad clínica, la relevancia, la eficacia o la eficiencia de estos. Dichas técnicas pueden incluir revisión ambulatoria, revisión potencial, segunda opinión, certificado, revisión simultánea, administración de casos, planificación del alta, revisión retrospectiva o programas similares.

Tenga en cuenta que se aplican plazos de tiempo para la preautorización. Consulte la descripción de Beneficio correspondiente en la tabla de la *Lista de Beneficios* para averiguar con cuánta anticipación debe obtener la preautorización.

Si solicita una determinación de cobertura en el momento en el que le proporcionen la preautorización, la determinación se realizará según los servicios que usted informe que recibirá. Si los servicios informados difieren de los que recibió, la determinación de cobertura final del Administrador de Reclamaciones se modificará para representar esas diferencias, y el Plan solo pagará y el Administrador de Reclamos solo procesará los Beneficios según los servicios que se le hayan proporcionado.

Si elige recibir un servicio que se determinó que no es un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto Médicamente Necesario, usted será responsable de pagar todos los cargos y no pagaremos ningún Beneficio.

Administración de Cuidado de la Salud

Cuando solicite la preautorización según se requiere, el Administrador de Reclamos trabajará con usted para implementar el proceso de administración de cuidado de la salud y para proporcionarle información sobre servicios adicionales que están disponibles para usted, como programas para el manejo de enfermedades, información educativa sobre la salud y protección de los derechos del paciente.

Nota Especial en Relación con Medicare

Si usted está inscrito en Medicare como plan primario (Medicare paga antes de que el Administrador de Reclamos pague los Beneficios en virtud del Plan), los requisitos de preautorización no se aplican en su caso. Debido a que Medicare es el principal pagador, el Administrador de Reclamos procesará los pagos para el Plan como pagador secundario como se describe en la Sección *Coordinación de los Beneficios*.

Usted no tiene obligación de obtener la preautorización antes de recibir los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

¿Qué Pagará Usted por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos?

Los Beneficios para Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos se describen en las siguientes tablas.

Los Deducibles Anuales se calculan por año calendario.

Los Límites de Gastos de Su Bolsillo se calculan por año calendario.

Los límites de Beneficios se calculan por año calendario, a menos que se especifique lo contrario.

Tabla de Plazo de Pago y Descripción

Plazo de Pago y Descripción	Cantidades
	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red
Deducible Anual	
<p>La cantidad que usted paga por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos por año antes de que cumpla los requisitos para recibir los Beneficios.</p> <p>Las cantidades que pague para alcanzar el Deducible Anual por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que están sujetos a un límite de días o visitas también se calcularán en relación con el límite de Beneficio máximo. Como consecuencia, el Beneficio limitado se reducirá al número de visitas o días utilizados para alcanzar el Deducible Anual.</p> <p>Cuando una Persona Cubierta anteriormente tenía cobertura en virtud de un plan de salud que se reemplazó por este Plan, cualquier cantidad que ya se haya aplicado a la disposición del Deducible Anual del plan de salud anterior se aplicará a la disposición del deducible anual en virtud del Plan.</p> <p>La cantidad que se aplica al Deducible Anual se calcula según las Cantidades Permitidas. El Deducible Anual no incluye ninguna cantidad que exceda las Cantidades Permitidas. Al final de la tabla de la <i>Lista de Beneficios</i> se incluyen detalles sobre la forma en que se determinan las Cantidades Permitidas.</p>	<p><i>Dentro de la Red</i></p> <p>\$500 por Persona Cubierta, sin exceder los \$1,500 para todas las Personas Cubiertas de una familia.</p>
Límite de Gastos de Su Bolsillo	
<p>El máximo que paga por año por el Deducible Anual, los Copagos o el Coseguro. Una vez que alcance el Límite de Gastos de Su Bolsillo, los Beneficios se pagan al 100% de las Cantidades Permitidas durante el resto del año. El Límite de Gastos de Su Bolsillo se aplica a los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos en virtud del Plan como se indica en esta <i>Lista de Beneficios</i>, incluidos los Servicios para</p>	<p><i>Dentro de la Red</i></p> <p>\$2,000 por Persona Cubierta, sin exceder los \$6,000 para todas las Personas Cubiertas de una familia.</p> <p>El Límite de Gastos de Su Bolsillo incluye el Deducible Anual.</p>

Plazo de Pago y Descripción	Cantidades
	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red
<p>el Cuidado de la Salud Cubiertos proporcionados en virtud del <i>Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios</i>.</p> <p>Al final de la tabla de la <i>Lista de Beneficios</i> se incluyen detalles sobre la forma en que se determinan las Cantidades Permitidas.</p> <p>El Límite de Gastos de Su Bolsillo no incluye ninguno de los siguientes y, una vez que se haya alcanzado el Límite de Gastos de Su Bolsillo, usted deberá continuar pagando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier cargo por Servicios para el Cuidado de la Salud No Cubierto. • La cantidad a la que se requiere que pague si no obtiene la preautorización como se requiere. • Cargos que exceden las Cantidades Permitidas. • Los Copagos o el Coseguro por cualquier Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto identificado en la tabla de la <i>Lista de Beneficios</i> que no se aplique al Límite de Gastos de Su Bolsillo. 	
Copago	
<p>El Copago es la cantidad que usted paga (se calcula como una cantidad fija en dólares) cada vez que recibe ciertos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. Cuando se aplican Copagos, la cantidad se detalla en las siguientes páginas junto a la descripción para cada Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.</p> <p>Tenga en cuenta que por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, usted debe pagar lo que resulte menos de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Copago aplicable. • La Cantidad Permitida. <p>Al final de la tabla de la <i>Lista de Beneficios</i> se incluyen detalles sobre la forma en que se determinan las Cantidades Permitidas.</p>	
Coseguro	
<p>El Coseguro es la cantidad que usted paga (calculada como un porcentaje de la Cantidad Permitida) cada vez que recibe ciertos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.</p> <p>Al final de la tabla de la <i>Lista de Beneficios</i> se incluyen detalles sobre la forma en que se determinan las Cantidades Permitidas.</p>	

Tabla de la Lista de Beneficios

Las Cantidades que se requiere que usted pague según se muestra a continuación en la *Lista de Beneficios* se basan en las Cantidades Permitidas. En la disposición sobre *Cantidades Permitidas* casi al final de esta *Lista de Beneficios* podrá ver cuándo es responsable por las cantidades que excedan la Cantidad Permitida.

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Servicios de Ambulancia		
<p>Requisito de Preautorización</p> <p>En la mayoría de los casos, el Administrador de Reclamos iniciará e indicará el servicio de transporte en ambulancia que no es de Emergencia. Si usted solicita los servicios de ambulancia que no son de Emergencia, deberá obtener autorización lo antes posible antes de que se le proporcione el transporte. Si no obtiene una preautorización como se requiere, tendrá que pagar todos los cargos y no pagaremos ningún Beneficio.</p>		
<p>Ambulancia de Emergencia</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p><i>Ambulancia terrestre:</i></p> <p>Ninguna</p> <p><i>Ambulancia aérea:</i></p> <p>Ninguna</p>	<p>Las Cantidades Permitidas para transporte en ambulancia de Emergencia proporcionado por un proveedor fuera de la Red se determinarán según se describe a continuación en la Sección <i>Cantidades Permitidas</i> de esta <i>Lista de Beneficios</i>. Como consecuencia, usted tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor fuera de la Red y la cantidad que el Administrador de Reclamos determine que sea la Cantidad Permitida para el reembolso.</p>
<p>¿La cantidad que usted paga se Aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p><i>Ambulancia terrestre:</i></p> <p>Sí</p> <p><i>Ambulancia aérea:</i></p> <p>Sí</p>	<p>Los costos del transporte para que un recién nacido reciba tratamiento en el centro apropiado más cercano está cubierto.</p>
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p><i>Ambulancia terrestre:</i></p> <p>Sí</p> <p><i>Ambulancia aérea:</i></p> <p>Sí</p>	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
<p>Ambulancia que No Es De Emergencia</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p><i>Ambulancia terrestre:</i> Ninguna</p> <p><i>Ambulancia aérea:</i> Ninguna</p>	<p>Ambulancia terrestre o aérea, según el Administrador de Reclamos lo considere apropiado.</p> <p>Los costos del transporte para que un recién nacido reciba tratamiento en el centro apropiado más cercano está cubierto.</p>
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p><i>Ambulancia terrestre:</i> Sí</p> <p><i>Ambulancia aérea:</i> Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p><i>Ambulancia terrestre:</i> Sí</p> <p><i>Ambulancia aérea:</i> Sí</p>	
Huesos o Articulaciones de la Mandíbula y de la Región Facial		
<p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p> <p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p> <p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>Ninguna</p> <p>Sí</p> <p>Sí</p>	
Terapia Celular y de Genes		
<p>Requisito de preautorización</p> <p>Debe obtener una preautorización del Administrador de Reclamos en cuanto surja la posibilidad de realizar una Terapia Celular o de Genes. Si no obtiene una preautorización y, como consecuencia, los servicios no son prestados por un Proveedor Designado, no se pagarán los Beneficios.</p>		
	<p>Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i>.</p>	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Servicios Quiroprácticos		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$20 por visita	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	No	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	
Tratamiento para el Paladar Hendido o Labio Leporino		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Ensayos Clínicos		
Requisito de Preautorización		
Deberá obtener una preautorización en cuanto surja la posibilidad de participar en un ensayo clínico. Si no obtiene una preautorización como se requiere, tendrá que pagar todos los cargos y no pagaremos ningún Beneficio.		
	Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i> .	
Cirugías de Enfermedad Congénita del Corazón (Congenital Heart Disease, CHD)		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$250 por día hasta máximo de \$1,250 por Estadía como Paciente Hospitalizado	Los Beneficios en virtud de esta sección incluyen solo los cargos del centro de paciente hospitalizado para la cirugía de enfermedad congénita del corazón (CHD). Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios de servicios de diagnóstico, cateterismo cardíaco y control no quirúrgico de la enfermedad

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
		congénita del corazón serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i> .
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Servicios Dentales - Accidente Únicamente		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Servicios Dentales - Anestesia y Hospitalización		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Servicios para Control de la Diabetes		
Autocontrol de la Diabetes y Capacitación, Exámenes de la Enfermedad Diabética del Ojo y Cuidado de los Pies	Según el lugar donde se proporcione el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios para autocontrol de la diabetes y capacitación, exámenes de la enfermedad diabética del ojo y el cuidado de los pies serán los mismos que los que se detallan en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i> .	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
<p>Insumos para el Autocontrol de la Diabetes</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios para insumos para el autocontrol de la diabetes serán los mismos que los indicados en <i>Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros</i> y en el <i>Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios</i>.</p>	<p>Los Beneficios para los equipos para la diabetes que cumplen con la definición de Equipo Médico Duradero (DME) están sujetos al límite establecido en <i>Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros</i>.</p>
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p>Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios para insumos para el autocontrol de la diabetes serán los mismos que los indicados en <i>Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros</i> y en el <i>Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios</i>.</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios para insumos para el autocontrol de la diabetes serán los mismos que los indicados en <i>Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros</i> y en el <i>Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios</i>.</p>	
<p>Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros</p>		
<p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Debe comprar o alquilar el Equipo Médico Duradero del vendedor que el Administrador de Reclamos identifique, o bien comprarlo directamente al Médico de la Red que lo receta.</p>
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p>Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>Sí</p>	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia - Pacientes Ambulatorios		
<p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>\$250 por visita</p> <p>Si lo internan como paciente hospitalizado en un hospital directamente desde la sala de Emergencias, no deberá pagar este Copago. En su lugar, se aplicarán los Beneficios para la Estadía como Paciente Hospitalizado en un Hospital.</p>	<p>Nota: Si es recluido en un Hospital fuera de la Red después de recibir Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia para pacientes ambulatorios, deberá notificar al Administrador de Reclamos en el plazo de un día hábil o el mismo día de la admisión, si es razonablemente posible. Es posible que el Administrador de Reclamos decida trasladarlo a un Hospital dentro de la Red en cuanto sea médicamente apropiado hacerlo. Si decide permanecer en un Hospital fuera de la Red después de la fecha en que el Administrador de Reclamos decida que un traslado es médicamente apropiado, no se le proporcionarán Beneficios.</p> <p>Las Cantidades Permitidas para Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la Red se determinarán según se describe a continuación en la Sección <i>Cantidades Permitidas</i> de esta <i>Lista de Beneficios</i>. Como consecuencia, usted tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor fuera de la Red y la cantidad que el Administrador de Reclamos determine que sea la Cantidad Permitida para el reembolso.</p>

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí, cuando los Beneficios están sujetos a Coseguro	
Fórmulas Nutricionales Entéricas		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Disforia de Género		
<p align="center">Requisito de Preautorización para un Tratamiento Quirúrgico</p> <p align="center">Debe obtener la preautorización en cuanto surja la posibilidad de una cirugía.</p> <p align="center">Requisito de Preautorización para un Tratamiento No Quirúrgico</p> <p align="center">Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, cualquier requisito de preautorización aplicable será el mismo que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i>.</p>		
	Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubierto de esta <i>Lista de Beneficios</i> y en el <i>Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios</i> .	
Servicios para la Habilitación		
<i>Pacientes Hospitalizados</i>	Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i> .	Los servicios para pacientes hospitalizados se limitan por año de la siguiente manera: El límite será el mismo que los establecidos en <i>Centro de Enfermería Especializada/Servicios para la Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados</i> y se combinará con estos.

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
<p>Pacientes Ambulatorios</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>\$20 por visita</p>	<p>Terapias para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia. • Terapia ocupacional. • Tratamiento de Manipulación. • Terapia del habla. • Terapia auditiva después de un implante coclear. • Terapia cognitiva. <p>Para las terapias para pacientes ambulatorios indicadas anteriormente:</p> <p>Los límites serán iguales a los establecidos en <i>Servicios para la rehabilitación: Terapia Ambulatoria y Tratamiento de Manipulación</i> y se combinarán con estos.</p>
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p>Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>No</p>	
<p>Aparatos Auditivos</p>		
<p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Limitado a \$2,500 por año. Los Beneficios se limitan a una sola compra por oído con limitaciones auditivas cada tres años. La reparación o el reemplazo de un aparato auditivo se aplica a este límite de la misma manera que una compra.</p>
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p>Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>Sí</p>	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Cuidado de la Salud a Domicilio		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	<p>Límite de 60 visitas por año. Una visita equivale a un máximo de cuatro horas de servicios para el cuidado especializado.</p> <p>Este límite de consultas no incluye ningún servicio que se facture exclusivamente para la administración de infusión intravenosa.</p> <p>Para la administración de infusión intravenosa, usted debe recibir servicios de un proveedor identificado por el Administrador de Reclamo.</p>
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Servicios de Cuidados Paliativos		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$250 por día hasta máximo de \$1,250 por Estadía como Paciente Hospitalizado	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$250 por día hasta máximo de \$1,250 por Estadía como Paciente Hospitalizado	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Análisis de Laboratorio, Radiografías y Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios		
Análisis de Laboratorio - Pacientes Ambulatorios ¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	
Radiografías y Otras Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios ¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	
Pruebas de Diagnóstico Importantes e Imágenes - Pacientes Ambulatorios		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$100 por servicio	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Servicios para el Cuidado de la Salud mental y para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos		
<p>Pacientes Hospitalizados</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>\$250 por día hasta máximo de \$1,250 por Estadía como Paciente Hospitalizado</p> <p>\$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por Estadía como Paciente Hospitalizado por Hospitalización Parcial o Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios</p>	
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p>Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>Sí</p>	
<p>Pacientes Ambulatorios</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>\$40 por visita</p> <p>\$40 por visita para Hospitalización Parcial o Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios</p>	
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p><i>Hospitalización Parcial o Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios</i></p> <p>Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p><i>Hospitalización Parcial o Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios</i></p> <p>Sí</p>	
Tratamiento para la Osteoporosis		
<p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	<p>Ninguna</p>	
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	<p>Sí</p>	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	<p>Sí</p>	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Suministros para Ostomía		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	Límite de \$2,500 por año.
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Servicios en el Consultorio del Médico - Afección y Lesión		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	<p>\$20 por visita al consultorio del Médico de Cuidado Primario o \$40 por visita al consultorio del Especialista</p> <p>Ninguna para visitas a domicilio</p>	Además del Copago por visita al consultorio que se indica en esta sección, se aplican los Copagos o el Coseguro y cualquier deducible por los siguientes servicios cuando el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto se presta en el consultorio de un Médico:

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
		<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio, radiología y radiografías y otros servicios de diagnóstico que se describen en <i>Análisis de Laboratorio, Radiografías y Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios.</i> • Pruebas de diagnóstico importantes y servicios de medicina nuclear que se describen en <i>Pruebas de Diagnóstico Importantes e Imágenes - Pacientes Ambulatorios.</i> • Productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios que se describen en <i>Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios.</i> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos endoscópicos terapéuticos que se describen en <i>Procedimientos Endoscópicos - De Diagnóstico y Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</i> • Procedimientos de cirugía para pacientes ambulatorios que se describen en <i>Cirugía - Pacientes Ambulatorios.</i> • Procedimientos terapéuticos para pacientes ambulatorios que se describen en <i>Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios.</i>

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de terapia de rehabilitación que se describen en <i>Servicios para la Rehabilitación - Terapia y Tratamiento de Manipulación para Pacientes Ambulatorios</i>. • Servicios de terapia de habilitación que se describen en <i>Servicios para la Habilitación</i>.
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	
Embarazo - Servicios de Maternidad		
Es importante que le informe al Administrador de Reclamos sobre su Embarazo. Si lo informa, tendrá la oportunidad de inscribirse en programas prenatales que están diseñados para lograr los mejores resultados para usted y su bebé.		
	Los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i> , excepto que no se aplicará un Deducible Anual para un recién nacido cuya duración de la estadía en el Hospital sea la misma que la de la madre.	
Servicios para el Cuidado Preventivo		
Servicios en el Consultorio del Médico	Ninguna	
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.		
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	No	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
<p>Laboratorio, radiografías u otros exámenes preventivos</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	Ninguna	
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	No	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	No	
<p>Sacaleches</p> <p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	Ninguna	
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	No	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	No	
Prótesis		
<p>¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.</p>	Ninguna	
<p>¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?</p>	Sí	
<p>¿Se aplica el Deducible Anual?</p>	Sí	
Procedimientos Reconstructivos		
	<p>Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i>.</p>	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Servicios para la Rehabilitación - Terapia y Tratamiento de Manipulación para Pacientes Ambulatorios		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$20 por visita	Límite por año de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> • 20 visitas de fisioterapia. • 20 visitas de terapia ocupacional. • 20 Tratamientos de Manipulación. • 20 visitas de terapia del habla. • 20 visitas de terapia de rehabilitación pulmonar. • 36 visitas de terapia de rehabilitación cardíaca. • 30 visitas de terapia auditiva después de un implante coclear. • 20 visitas de terapia de rehabilitación cognitiva.
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	
Procedimientos Endoscópicos - De Diagnóstico y Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
Servicios de Centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna	Límite de 60 días por año.
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Cirugía - Pacientes Ambulatorios		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$250 por fecha del servicio	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$250 por fecha del servicio	
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	Sí	
Servicios de Trasplante		
<p>Requisito de Preautorización</p> <p>Debe obtener una preautorización en cuanto surja la posibilidad de un trasplante (y antes de que se realice una evaluación previa al trasplante en un centro de trasplantes).</p>		

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
	Según dónde se proporciona el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, los Beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de esta <i>Lista de Beneficios</i> .	Los servicios de trasplantes deben recibirse a través de un Proveedor Designado. El Administrador de Reclamos no requiere que los trasplantes de córnea se reciban a través de un Proveedor Designado.
Servicios del Centro de Cuidado de Urgencia		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	Ninguna \$40 por visita	Además del Copago que se indica en esta sección, se aplican los Copagos o el Coseguro y cualquier deducible por los siguientes servicios cuando el Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto se presta en un Centro de Cuidado de Urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio, radiología y radiografías y otros servicios de diagnóstico que se describen en <i>Análisis de Laboratorio, Radiografías y Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios</i>. • Pruebas de diagnóstico importantes y servicios de medicina nuclear que se describen en <i>Pruebas de Diagnóstico Importantes e Imágenes - Pacientes Ambulatorios</i>. • Productos Farmacéuticos para pacientes ambulatorios que se describen en <i>Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios</i>.

Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto	La Cantidad que Usted Paga Dentro de la Red	¿Cuáles son las Limitaciones y Excepciones?
		<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico y procedimientos endoscópicos terapéuticos que se describen en <i>Procedimientos Endoscópicos - De Diagnóstico y Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</i>. • Procedimientos de cirugía para pacientes ambulatorios que se describen en <i>Cirugía - Pacientes Ambulatorios</i>. • Procedimientos terapéuticos para pacientes ambulatorios que se describen en <i>Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios</i>.
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	
Visitas Virtuales		
¿Cuál es el Copago o Coseguro que usted paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos.	\$20 por visita	Los Beneficios están disponibles solo cuando los servicios se proporcionan a través de un Proveedor de la Red Virtual Designado. Para encontrar un Proveedor de la Red Virtual Designado, comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.
¿La cantidad que usted paga se aplica al Límite de Gastos de Su Bolsillo?	Sí	
¿Se aplica el Deducible Anual?	No	

Cantidades Permitidas

Las Cantidades Permitidas son la cantidad que el Administrador de Reclamos determine que el Plan pagará por los Beneficios. Para los Beneficios dentro de la Red por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos proporcionados por un proveedor de la Red, a excepción de sus obligaciones de costo compartido, usted no tiene que pagar ninguna diferencia entre las Cantidades Permitidas y la cantidad que facture el proveedor. Para los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la Red (que no sean servicios que de lo contrario coordine el Administrador de Reclamos), usted tendrá que pagarle al proveedor fuera de la Red cualquier cantidad facturada que supere la cantidad que el Administrador de Reclamos determine como Cantidad Permitida según se describe a continuación. Las Cantidades Permitidas se determinan únicamente según las pautas de normas de reembolso del Administrador de Reclamos, según se describe en el *CERTIFICADO DE COBERTURA*.

Para Beneficios dentro de la Red, las Cantidades Permitidas se basan en lo siguiente:

- Cuando un proveedor de la Red proporciona Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, las Cantidades Permitidas son tarifas contratadas del Administrador de Reclamos con ese proveedor.
- Cuando un proveedor fuera de la Red proporciona Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos según lo dispuesto por el Administrador de Reclamos, las Cantidades Permitidas son una cantidad negociada por el Administrador de Reclamos o una cantidad permitida por la ley. Comuníquese con el Administrador de Reclamos si le facturan cantidades en exceso de su Coseguro, Copago o cualquier deducible aplicable. El Plan no pagará cargos o cantidades excesivas que usted no tiene la obligación legal de pagar.

Red de Proveedores

El Administrador de Reclamos o sus afiliadas coordinan que los proveedores de cuidado de la salud participen en una Red. Los proveedores de la Red son profesionales independientes. No son empleados de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund ni del Administrador de Reclamos. Es su responsabilidad elegir su proveedor.

El proceso de acreditación del Administrador de Reclamos confirma la información pública sobre las licencias y otras credenciales de los proveedores, pero no garantiza la calidad de los servicios prestados.

Antes de recibir un servicio, siempre tendrá que verificar el estado en la Red de un proveedor. El estado de un proveedor puede cambiar. Puede verificar el estado del proveedor llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID. Para consultar el directorio de proveedores, comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para solicitar una copia.

Es posible que no pueda obtener los servicios de un proveedor de la Red en particular. La red de proveedores está sujeta a cambios. O es posible que descubra que un proveedor de la Red en particular no acepta pacientes nuevos. Si un proveedor abandona la Red o de otro modo no está disponible para usted, deberá elegir otro proveedor de la Red para obtener los Beneficios.

Si actualmente se está realizando un tratamiento con un Médico o un centro de cuidado de la salud fuera de la Red, es posible que cumpla los requisitos para recibir Beneficios de transición del cuidado de la salud. Este periodo de transición está disponible para servicios médicos específicos y por periodos de tiempo limitados. Si tiene alguna pregunta con respecto a las normas de reembolso de la transición del cuidado de la salud o necesita ayuda para saber si cumple los requisitos para recibir los Beneficios de transición del cuidado de la salud, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

No dé por sentado que el acuerdo de un proveedor de la Red incluye todos los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. Algunos proveedores de la Red celebran contratos con el Administrador de

Reclamos para proporcionar solo determinados Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, no todos. Algunos proveedores eligen ser proveedores de la Red solo para algunos de los productos del Administrador de Reclamos. Consulte su directorio de proveedores o comuníquese con el Administrador de Reclamos para obtener ayuda.

Proveedores Designados

Si tiene una condición médica que el Administrador de Reclamos cree que necesita servicios especiales, el Administrador de Reclamos puede dirigirle a un Proveedor Designado elegido por el Administrador de Reclamos. Si necesita determinados Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos complejos para los cuales el nivel de pericia es limitado, es posible que el Administrador de Reclamos le dirija a un proveedor o centro de la Red que esté fuera de su área geográfica local. Si se requiere que viaje para obtener dichos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de un Proveedor Designado, es posible que el Plan reembolse ciertos gastos de viaje.

En ambos casos, los Beneficios dentro de la Red solo se pagarán si sus Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para esa condición son proporcionados o coordinados por un Proveedor Designado u otro proveedor que elija el Administrador de Reclamos.

Usted o su Médico de la Red deberán notificar al Administrador de Reclamos acerca de las necesidades de servicios especiales (como trasplantes o tratamiento del cáncer) que puedan justificar una referencia a un Proveedor Designado. Si no notifica al Administrador de Reclamos con anticipación y si recibe los servicios en un centro fuera de la Red (independientemente de si es un Proveedor Designado) o de otro proveedor fuera de la Red, no se pagarán los Beneficios.

Servicios para el Cuidado de la Salud de Proveedores fuera de la Red

Si no están disponibles Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos específicos de un proveedor de la Red, es posible que cumpla los requisitos para recibir Beneficios cuando los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos se obtengan de proveedores fuera de la Red. En esta situación, su Médico de la red notificará al Administrador de Reclamos y, si el Administrador de Reclamos confirma que no se encuentra disponible atención de un proveedor de la Red, el Administrador de Reclamos trabajará con usted y su médico de la Red para coordinar el cuidado a través de un proveedor fuera de la Red.

Limitaciones en la Selección de Proveedores

Si el Administrador de Reclamos determina que usted está utilizando los servicios para el cuidado de la salud de forma perjudicial o abusiva, o con una frecuencia perjudicial, es posible que se limite su selección de proveedores de la Red. Si esto sucede, posiblemente el Administrador de Reclamos le pida que seleccione un único Médico de la Red que le proporcionará y coordinará todos los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos futuros.

Si no realiza una selección dentro de los 31 días a partir de la fecha en que el Administrador de Reclamos se lo notifique, el Administrador de Reclamos seleccionará un único Médico de la Red por usted.

Si usted no utiliza el Médico de la Red seleccionado, no se pagarán Beneficios.

Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos

¿Cuándo Hay Beneficios Disponibles para Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos?

Los Beneficios están disponibles solo cuando se cumple todo lo siguiente:

- El servicio para el cuidado de la salud, incluidos los suministros o Productos Farmacéuticos, solo es un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto si es Medicamento Necesario. (Consulte las definiciones de Medicamento Necesario y Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto en la Sección *Términos Definidos*.)
- Usted recibe Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos mientras el Plan está en vigencia.
- Usted recibe Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos antes de la fecha en que se produce cualquiera de las condiciones de cancelación individual indicadas en la Sección *Cuándo Finaliza la Cobertura*.
- La persona que recibe los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos es una Persona Cubierta y cumple todos los requisitos que se especifican en el Plan.

El hecho de que un Médico u otro proveedor hayan practicado o recetado un procedimiento o tratamiento, o el hecho de que pueda ser el único tratamiento disponible para una Afección, una Lesión, una Enfermedad Mental, un trastorno relacionado con sustancias y trastorno adictivo, una enfermedad o sus síntomas no significa que el procedimiento o tratamiento sean Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos en virtud del Plan.

Esta sección describe los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para los cuales hay Beneficios disponibles. Consulte la *Lista de Beneficios* que se adjunta para obtener detalles sobre lo siguiente:

- La cantidad que debe pagar por estos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos (incluido cualquier Deducible Anual, Copago y Coseguro).
- Todo límite que se aplique a estos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos (incluidos los límites de visitas, días y dinero).
- Todo límite que se aplique a la porción de la Cantidad Permitida que se requiere que usted pague durante un año (Límite de Gastos de Su Bolsillo).
- Toda responsabilidad que tenga relacionada con obtener la preautorización o notificar al Administrador de Reclamos.

Tenga en cuenta que, al enumerar servicios o ejemplos, cuando el Plan dice “esto incluye”, no es la intención del Administrador de Reclamos limitar la descripción a esa lista específica. Cuando el Plan sí quiere limitar una lista de servicios o ejemplos, el Plan indica específicamente que la lista “se limita a”.

Servicios de Ambulancia

Transporte en ambulancia de Emergencia por parte de un servicio de ambulancia (ya sea una ambulancia terrestre, aérea o un vehículo acuático) con licencia al Hospital más cercano donde se puedan prestar Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia.

Transporte en ambulancia que no es de Emergencia proporcionado por un servicio de ambulancia con licencia (ya sea una ambulancia terrestre o aérea, según el Administrador de Reclamos lo determine apropiado) entre centros cuando el transporte cumpla uno de los siguientes requisitos:

- Desde un Hospital fuera de la Red al Hospital de la Red más cercano cuando los Servicios para el Cuidado de la Salud son necesarios.
- Al Hospital de la Red más cercano que proporciona los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que no estaban disponibles en el Hospital original, incluidos los costos de transporte de un recién nacido al centro apropiado más cercano para tratar la condición de un recién nacido. El Médico debe certificar que dicho transporte es necesario para proteger la salud y la seguridad del recién nacido.
- Desde un centro de cuidado de casos agudos a corto plazo al centro de cuidado a largo plazo para casos agudos (long-term acute care, LTAC) de la Red, el Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados de la Red, u otro centro de cuidado para casos subagudos de la Red más cercano donde se puedan proporcionar los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Con el propósito de este Beneficio, los siguientes términos tienen los siguientes significados:

- “Centro de cuidado a largo plazo para casos agudos (LTAC)” significa un centro u Hospital que proporciona cuidado a personas con necesidades médicas complejas que requieren una estadía en el Hospital a largo plazo en un entorno de cuidado para casos agudos o críticos.
- “Centro de cuidado de casos agudos a corto plazo” significa un centro u Hospital que brinda atención a personas con necesidades médicas que requieren una estadía en el Hospital a corto plazo en un entorno de cuidado para casos agudos o críticos como para la recuperación después de una cirugía, cuidado después de una Afección, una Lesión, o una intensificación de una Afección crónica repentina.
- “Centro de cuidado para casos subagudos” significa un centro que proporciona cuidados intermedios a corto o largo plazo.

Huesos o Articulaciones de la Mandíbula y de la Región Facial

Se ofrecen Beneficios para el diagnóstico y los procedimientos quirúrgicos que involucran huesos o articulaciones de la mandíbula y de la región facial para tratar condiciones provocadas por la deformidad congénita o del desarrollo, Afección o Lesión.

Tenga en cuenta que no están disponibles los Beneficios para el cuidado o tratamiento de los dientes ni las encías, las prótesis intraorales ni los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos. Este Beneficio incluye la evaluación y el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) cuando se relaciona con una deformidad congénita o del desarrollo, enfermedad o lesión.

Terapia Celular y de Genes

Terapia Celular y de Genes recibida de forma hospitalizada o ambulatoria en un Hospital o de forma ambulatoria en un Centro Alternativo o en el consultorio del Médico.

Los Beneficios para la terapia de linfocitos T con receptor de antígeno quimérico (Chimeric Antigen Receptor, CAR) para malignidades se proporcionan según se describe en *Servicios de Trasplante*.

Servicios Quiroprácticos

Los Beneficios se proporcionan para Servicios Quiroprácticos prestados por un Quiropráctico por condiciones que se acepta y se reconoce médicamente que son tratadas de la manera apropiada por dicha terapia.

Tratamiento para el Paladar Hendido o Labio Leporino

Se ofrecen Beneficios para el tratamiento de labio leporino y paladar hendido a cualquier Dependiente Inscrito menor de 18 años. Los Beneficios incluyen los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos médicos, dentales, de terapia del habla, audiología y nutricionales solicitados por un Médico.

Ensayos Clínicos

Los costos de cuidado de rutina para pacientes en los que se incurran durante la participación en un ensayo clínico calificado para el tratamiento de las siguientes enfermedades:

- Cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. A efectos de este Beneficio, una enfermedad o condición potencialmente mortal es una que probablemente ocasione la muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.
- Enfermedad cardiovascular (enfermedad cardíaca/derrame cerebral) que no es potencialmente mortal, cuando el Administrador de Reclamos determine que el ensayo clínico cumple con los criterios de ensayo clínico calificado que se establecen a continuación.
- Trastornos musculoesqueléticos quirúrgicos de la columna vertebral, la cadera y las rodillas, que no son potencialmente mortales cuando el Administrador de Reclamos determine que el ensayo clínico cumple con los criterios de ensayo clínico calificado que se establecen a continuación.
- Otras enfermedades o trastornos que no son potencialmente mortales cuando el Administrador de Reclamos determine que el ensayo clínico cumple con los criterios de ensayo clínico calificado que se establecen a continuación.

Los Beneficios incluyen los productos y servicios razonables y necesarios utilizados para prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones que surjan de la participación en un ensayo clínico calificado.

Los Beneficios se encuentran disponibles únicamente cuando usted cumple los requisitos clínicos para la participación en el ensayo clínico calificado, según lo determinado por el investigador.

Los costos del cuidado de rutina para pacientes que participan en ensayos clínicos calificados incluyen los siguientes:

- Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para los que, por lo general, se proporcionan Beneficios sin la presencia de un ensayo clínico.
- Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos requeridos únicamente para lo siguiente:
 - La disposición de los Servicios o Productos Experimentales o de Investigación.
 - El monitoreo clínicamente apropiado de los efectos del servicio o producto, o
 - La prevención de complicaciones.
- Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos necesarios para el cuidado razonable y necesario que surge de la recepción de Servicios o Productos Experimentales o de Investigación.

Los costos de rutina para ensayos clínicos no incluyen los siguientes:

- Los Servicios o Productos Experimentales o de Investigación. Las únicas excepciones a esta norma son las siguientes:
 - Ciertos dispositivos de la *Categoría B*.
 - Ciertas intervenciones prometedoras para pacientes con enfermedades terminales.
 - Otros productos y servicios que cumplen con criterios específicos según las normas médicas y de medicamentos del Administrador de Reclamos.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Productos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se utilizan en la administración clínica directa del paciente.
- Un servicio que claramente no cumpla con los estándares de cuidado ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular.
- Productos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de manera gratuita a cualquier persona que participe en el ensayo.

Con respecto al cáncer u otras enfermedades o condiciones potencialmente mortales, un ensayo clínico calificado es un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV. Se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. Cumple con cualquiera de los siguientes criterios que se enumeran a continuación.

Con respecto a la enfermedad cardiovascular, los trastornos musculoesqueléticos de la columna vertebral, la cadera y las rodillas, y otras enfermedades o trastornos que no son potencialmente mortales, un ensayo clínico calificado es un ensayo clínico de Fase I, II, o III. Se lleva a cabo en relación con la detección o el tratamiento de dicha enfermedad o trastorno que no son potencialmente mortales. Cumple con cualquiera de los siguientes criterios que se enumeran a continuación.

- Ensayos financiados por el gobierno federal. El estudio o la investigación cuenta con la aprobación o la financiación (que puede incluir la financiación a través de contribuciones en especie) de uno o más de los siguientes:
 - *Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH)*. (Incluye el *Instituto Nacional del Cáncer [National Cancer Institute, NCI]*.)
 - *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)*.
 - *Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)*.
 - *Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)*.
 - Un grupo cooperativo o centro de cualquiera de las entidades descritas anteriormente o el *Departamento de Defensa (Department of Defense, DOD)* o del *Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Administration, VA)*.
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada que se identifique en las pautas publicadas por los *Institutos Nacionales de la Salud* para los subsidios de apoyo a centros.
 - El *Departamento de Asuntos de los Veteranos*, el *Departamento de Defensa* o el *Departamento de Energía* si el estudio o la investigación han sido revisados y aprobados a través de un sistema de revisión por colegas. El sistema de revisión por colegas, según determina la *Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos*, debe cumplir con los dos siguientes criterios:
 - ◆ Es comparable al sistema de revisión por colegas de los estudios y las investigaciones que usan los *Institutos Nacionales de la Salud*.
 - ◆ Asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos de parte de personas calificadas que no poseen ningún interés en el resultado de la revisión.
- El estudio o la investigación son llevados a cabo en virtud de la aplicación de un nuevo medicamento en investigación revisada por la *Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos*.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- El estudio o la investigación son un ensayo de medicamento que están exentos de tener dicha aplicación del nuevo medicamento de investigación.
- El ensayo clínico debe tener un protocolo por escrito donde se describa un estudio científico sólido. Debe haber sido aprobado por todas las juntas de revisión institucional (institutional review boards, *IRBs*) antes de que los usted se inscriba en el ensayo. El Administrador de Reclamos puede solicitar documentos acerca del ensayo en cualquier momento.
- El objetivo o propósito del ensayo debe ser la evaluación de un producto o servicio que cumpla con la definición de Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto y que, no esté de otra manera excluido por el Plan.

Cirugías de Enfermedad Congénita del Corazón (CHD)

Cirugías de enfermedad congénita del corazón que sean indicadas por un Médico. Los procedimientos quirúrgicos de enfermedad congénita del corazón incluyen las cirugías para tratar condiciones como las siguientes:

- Coartación de la aorta.
- Estenosis aórtica.
- Tetralogía de Fallot.
- Transposición de los grandes vasos.
- Síndrome de hipoplasia del ventrículo izquierdo o derecho.

Los Beneficios incluyen el cargo del centro y el cargo de los suministros y equipos. Los Beneficios para los servicios de un Médico se describen en la Sección *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos*.

La cirugía se puede realizar como un procedimiento quirúrgico cerrado o abierto, o a través de un cateterismo cardíaco intervencionista.

Puede llamar al Administrador de Reclamos al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para obtener información sobre las pautas específicas del Administrador de Reclamos sobre los Beneficios para los servicios de enfermedad congénita del corazón.

Servicios Dentales - Accidente Únicamente

Servicios dentales cuando se cumple todo lo siguiente:

- El tratamiento es necesario debido al daño accidental.
- Usted recibe servicios dentales de un Médico de Cirugía Dental o un Médico de Odontología Médica.
- El daño dental es lo suficientemente grave para que el primer contacto con un Médico o dentista se haya producido en el plazo de 72 horas desde el accidente. (Usted puede solicitar que este período se extienda, si lo hace en el plazo de 60 días desde la Lesión y si existen circunstancias atenuantes debido a la gravedad de la Lesión).

Tenga en cuenta que el daño dental que se produce como resultado de las actividades de la vida diaria normales o del uso extraordinario de los dientes no se considera una Lesión accidental. Los Beneficios no están disponibles para las reparaciones en dientes dañados como resultado de dichas actividades.

Los servicios dentales para reparar el daño causado por una Lesión accidental deben seguir estos plazos:

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- El tratamiento comienza en el plazo de tres meses desde el accidente, o si no es una Persona Cubierta en el momento del accidente, en el plazo de los primeros tres meses de cobertura en virtud del Plan, a menos que existan circunstancias atenuantes (como una hospitalización prolongada o la presencia de alambres de fijación debido al cuidado por la fractura).
- El tratamiento debe completarse en un plazo de 12 meses del accidente, o si no es una Persona Cubierta en el momento del accidente, en el plazo de los primeros 12 meses de cobertura en virtud del Plan.

Los Beneficios para el tratamiento de una lesión accidental se limitan a lo siguiente:

- Examen de emergencia.
- Radiografías de diagnóstico.
- Tratamiento de endodoncia (conducto radicular).
- Féulas temporales en los dientes.
- Perno y muñón prefabricado.
- Procedimientos simples de restauración mínima (empastes dentales).
- Extracciones.
- Coronas postraumáticas, si este es el único tratamiento aceptable clínicamente.
- Reemplazo de dientes perdidos debido a la Lesión mediante implantes, dentaduras postizas o puentes.

Servicios Dentales - Anestesia y Hospitalización

Los Beneficios incluyen los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos proporcionados en un Hospital o Centro Alternativo para condiciones dentales que, probablemente, tendrán como resultado una condición médica si no se realiza un tratamiento. Los Beneficios se limitan al tratamiento de una persona cubierta que reúne las siguientes condiciones:

- Es menor de 8 años; y
- Un Médico determina que necesita tratamiento dental en un Hospital o Centro Alternativo debido a una condición dental compleja o una discapacidad del desarrollo que evita el tratamiento eficaz en un consultorio dental; o
- Tiene una o más condiciones médicas que crearían un riesgo médico injustificado si el tratamiento dental se realizara en un consultorio dental.

Los Beneficios no incluyen los gastos del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad dental.

Servicios para Control de la Diabetes

Autocontrol de la Diabetes y Capacitación, Exámenes de la Enfermedad Diabética del Ojo y Cuidado de los Pies

Capacitación de autocontrol para el tratamiento de la diabetes para pacientes ambulatorios, educación y servicios de terapia de nutrición clínica. Los servicios deben ser solicitados por un Médico y deben ser prestados por profesionales de cuidado de la salud debidamente registrados o con licencia.

Los Beneficios en virtud de esta sección también incluyen los exámenes médicos de la vista (exámenes de dilatación de la retina) y cuidado de los pies preventivos para diabetes.

Suministros para el Autocontrol de la Diabetes

Bombas de insulina y suministros, y monitores continuos de glucosa para el control y tratamiento de la diabetes, sobre la base de las necesidades médicas. La bomba de insulina está sujeta a todas las condiciones de cobertura especificadas en virtud del Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros. Los Beneficios para medidores de glucosa en la sangre (glucemia), jeringas con agujas de insulina, tiras reactivas para el control de glucosa en la sangre (glucemia) y de pruebas de orina, tiras reactivas para el análisis de cetonas y tabletas, lancetas y dispositivos de lanceta se describen en la Sección *Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios*.

Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros

Los Beneficios se proporcionan por Equipo Médico Duradero y determinados suministros y ortesis. Si más de un producto puede cumplir con sus necesidades funcionales, los Beneficios se encuentran disponibles únicamente para el producto que cumpla con las especificaciones mínimas para sus necesidades. Si compra un producto que supera estas especificaciones mínimas, el Plan pagará únicamente la cantidad que hubiera pagado para el producto que reúne las especificaciones mínimas y usted será responsable de pagar cualquier diferencia de costo.

Equipo Médico Duradero y Suministros

Algunos ejemplos de Equipo Médico Duradero y suministros incluyen los siguientes:

- Equipos para ayudar en la movilidad, como una silla de ruedas estándar.
- Una cama de tipo Hospitalaria estándar.
- Oxígeno y el alquiler de un equipo para administrar oxígeno (incluidos los tubos, los conectores y las máscaras).
- Bombas de presión negativa para la terapia de heridas (bombas de aspiración de heridas).
- Equipos mecánicos necesarios para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria repentina o a largo plazo (excepto que los acondicionadores de aire, humidificadores, deshumidificadores, purificadores y filtros de aire, y productos para la comodidad personal, que están excluidos de la cobertura).
- Prendas para quemaduras.
- Bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios según lo descrito en *Servicios para la Diabetes*.
- Dispositivos y sistemas cocleares externos. Los Beneficios por implante coclear se proporcionan en las categorías aplicables de Beneficios médicos o quirúrgicos correspondientes de este *CERTIFICADO DE COBERTURA*.

Los Beneficios incluyen medias para linfedemas para el brazo como lo exige la *Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998*.

Los Beneficios también incluyen dispositivos de ayuda para el habla y dispositivos de voz traqueoesofágica para el tratamiento de una limitación del habla grave o pérdida del habla como consecuencia directa de una Afecía o Lesión.

Los Beneficios por la compra de estos dispositivos solo están disponibles cuando finalice un período de alquiler obligatorio de tres meses. Los Beneficios se limitan según se establece en la *Lista de Beneficios*.

Ortesis

Abrazaderas ortopédicas, incluidos los cambios necesarios en el calzado para ajustarse a las abrazaderas. Las abrazaderas ortopédicas que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y las

abrazaderas ortopédicas que tratan la curvatura de la columna vertebral son un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.

Los Beneficios no incluyen lo siguiente:

- Ningún dispositivo, aparato, bomba, máquina, estimulador ni monitor que esté completamente implantado en el cuerpo. Los dispositivos implantables son un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto para los que se encuentran disponibles Beneficios en virtud de las categorías médicas o quirúrgicas aplicables de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de este *CERTIFICADO DE COBERTURA*.
- Equipos de monitoreo o de diagnóstico comprados para su uso en el hogar, a menos que se los describa de otra manera como Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.
- Dispositivos de exoesqueleto eléctricos.

El Administrador de Reclamos decidirá si el equipo se debe comprar o alquilar.

Hay Beneficios disponibles para reparaciones y reemplazo, excepto según lo descrito en *Exclusiones y Limitaciones*, bajo *Equipo y Suministros Médicos*.

Estos Beneficios se aplican al Equipo Médico Duradero externo. A menos que se excluyan de otra manera, los dispositivos que están completamente implantados son un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto para los que se encuentran disponibles Beneficios en virtud de las categorías médicas o quirúrgicas aplicables de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de este *CERTIFICADO DE COBERTURA*.

Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia - Pacientes Ambulatorios

Servicios que se requieren para estabilizar o iniciar el tratamiento en una Condición Médica de Emergencia. Los Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia se deben recibir como paciente ambulatorio en un Hospital o un Centro Alternativo.

Los Beneficios incluyen el cargo del centro, los suministros y todos los servicios profesionales necesarios para estabilizar su condición o iniciar el tratamiento. Esto incluye permanecer en una cama de observación para monitorear su condición (en lugar de ser admitido en un Hospital para una Estadía como Paciente Hospitalizado).

Los Beneficios no están disponibles para los servicios a fin de tratar una condición que no cumple con la definición de Condición Médica de Emergencia.

Fórmulas Nutricionales Entéricas

Los Beneficios incluyen las fórmulas nutricionales entéricas con receta y sin receta, incluidos los productos alimenticios modificados para que tengan bajo contenido de proteínas para las enfermedades heredadas de aminoácidos y ácidos orgánicos cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Son recetados o recomendados por un Médico;
- Son necesarios para el tratamiento de enfermedades heredadas de aminoácidos, ácidos orgánicos, carbohidratos o metabolismo de las grasas, incluida la malabsorción que se origina por las Anomalías Congénitas; y
- La Persona Cubierta tiene 24 años o menos.

Los Beneficios no están sujetos a ninguna limitación ni exclusión por una condición preexistente.

Disforia de Género

Los Beneficios para el tratamiento de disforia de género son proporcionados por indicación de un Médico o bajo su supervisión.

Con el propósito de este Beneficio, “disforia de género” es un trastorno caracterizado por los criterios de diagnóstico específicos clasificados en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*.

Los servicios incluyen lo siguiente:

- Psicoterapia y servicios para la salud mental para la disforia de género y diagnósticos psiquiátricos de comorbilidad asociados.
- Determinadas terapias con medicamentos, incluida la terapia hormonal cruzada, como la terapia con estrógeno o testosterona, administrada por un proveedor médico durante una visita al consultorio o entregados en una farmacia (cubierto en virtud del plan de farmacia).
- Pruebas de laboratorio para controlar la seguridad de la terapia hormonal cruzada continua.
- Las cirugías especificadas, incluida la cirugía genital para el tratamiento de la disforia de género y la cirugía de senos, incluida la mastectomía bilateral y la reducción de senos.
- Medicamentos supresores de la pubertad para el tratamiento de la disforia de género, como Lupron y Supprelin LA, que son administrados en el consultorio del Médico.

Los servicios que son estéticos, no comprobados y que no son médicamente necesarios están excluidos.

Servicios para la Habilitación

Para los fines de este Beneficio, “servicios para la habilitación” significa servicios para el Cuidado Especializado que forman parte de un plan de tratamiento indicado para ayudar a una persona con una condición de discapacidad a adquirir o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. El Administrador de Reclamos decidirá si los Beneficios se encuentran disponibles revisando la naturaleza especializada del servicio y la necesidad de administración médica indicada por un Médico. Las terapias que se proporcionan a los fines de bienestar general o acondicionamiento sin una condición incapacitante no se consideran servicios para la habilitación.

Los servicios para la habilitación se limitan a los siguientes:

- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Tratamiento de Manipulación.
- Terapia del habla.
- Terapia auditiva después de un implante coclear.
- Terapia cognitiva.

Los Beneficios se proporcionan para los servicios para la habilitación para los servicios para pacientes hospitalizados y terapia ambulatoria cuando tiene una afección incapacitante cuando se cumplen las dos siguientes condiciones:

- El tratamiento es administrado por cualquiera de los siguientes:
 - Un Patólogo del Habla y el Lenguaje con licencia.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Un Audiólogo con licencia.
 - Un Terapeuta Ocupacional con licencia.
 - Un Fisioterapeuta con licencia.
 - Un Médico.
- El tratamiento debe estar comprobado y no debe ser Experimental ni de Investigación.

Los siguientes no son los servicios para la habilitación:

- Cuidado de custodia.
- Relevo del cuidador.
- Cuidado diurno.
- Recreación terapéutica.
- Capacitación vocacional.
- Tratamiento Residencial.
- Un servicio que no le ayude a cumplir sus metas funcionales en un plan de tratamiento en el plazo de un período determinado.
- Servicios de naturaleza únicamente educativa.
- Los servicios educativos de otra manera pagos en virtud de la ley estatal o federal.

El Administrador de Reclamos puede solicitar que se proporcione lo siguiente:

- Plan de tratamiento.
- Registros médicos.
- Notas clínicas.
- Otros datos necesarios para permitirle al Administrador de Reclamos comprobar que el tratamiento médico es necesario.

Cuando el proveedor tratante espera que el tratamiento continuado sea o vaya a ser necesario para permitirle lograr un progreso que pueda demostrarse, el Administrador de Reclamos puede solicitar un plan de tratamiento que incluya lo siguiente:

- Diagnóstico.
- Tratamiento propuesto por tipo, frecuencia y duración prevista del tratamiento.
- Objetivos de tratamiento esperados.
- Actualizaciones sobre la frecuencia del plan de tratamiento.

Los servicios para la habilitación en su hogar proporcionados por una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio se proporcionan según lo descrito en la Sección *Cuidado médico a domicilio*. Los servicios para la habilitación en su hogar distintos de los proporcionados por una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio se proporcionan según lo descrito en esta sección.

Los Beneficios para el Equipo Médico Duradero y las prótesis, cuando se usan como parte de los servicios para la habilitación, se describen en las Secciones *Equipo Médico Duradero (DME)*, *Ortesis y Suministros* y *Prótesis*.

Aparatos Auditivos

Aparatos auditivos necesarios para la corrección de una limitación auditiva (una reducción de la capacidad de percibir sonidos, lo cual puede variar de sordera leve a completa). Estos aparatos auditivos son dispositivos de amplificación electrónica diseñados para llevar el sonido de manera más eficaz hasta el oído. Estos consisten en un micrófono, amplificador y receptor.

Existen Beneficios disponibles para un aparato auditivo que se compra como resultado de la recomendación escrita de un Médico. Se proporcionan Beneficios para el aparato auditivo y para los cargos asociados a la colocación y la prueba.

Si más de un tipo de aparato auditivo puede cumplir con sus necesidades funcionales, los Beneficios se encuentran disponibles únicamente para el aparato auditivo que reúna las especificaciones mínimas para sus necesidades. Si compra un aparato auditivo que supera estas especificaciones mínimas, el Plan pagará únicamente la cantidad que hubiera pagado para el aparato auditivo que reúne las especificaciones mínimas y usted será responsable de pagar cualquier diferencia de costo.

Los Beneficios no incluyen aparatos auditivos fijados al hueso. Los aparatos auditivos fijados al hueso son Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para los cuales existen Beneficios disponibles en virtud de las categorías de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos médicos o quirúrgicos de este *CERTIFICADO DE COBERTURA*. Solo están disponibles si usted tiene una de las siguientes condiciones:

- Anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un aparato auditivo para llevarlo puesto.
- Pérdida de la audición lo suficientemente grave como para no lograr una solución mediante el uso de un aparato auditivo.

Cuidado de la Salud a Domicilio

Servicios recibidos por una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio que cumplen con todas las siguientes condiciones:

- Los indica un Médico.
- Son proporcionados en su hogar por una enfermera titulada o por un auxiliar de cuidado de la salud a domicilio o una enfermera de práctica con licencia bajo la supervisión de una enfermera titulada.
- Son proporcionados conforme a un cronograma de Cuidado Intermitente parcial.
- Son proporcionados cuando se requiere Cuidado Especializado.

El Administrador de Reclamos determinará si los Beneficios se encuentran disponibles revisando la naturaleza especializada del servicio y la necesidad de administración médica indicada por un Médico.

Servicios de Cuidados Paliativos

Servicios de cuidados paliativos recomendados por un Médico. Los cuidados paliativos son un programa integrado que proporciona comodidad y servicios de apoyo para los enfermos terminales. Esto incluye lo siguiente:

- Cuidado físico, psicológico, social, espiritual y relevo del cuidador para personas con enfermedades terminales.
- Asesoramiento a corto plazo para el duelo para los familiares inmediatos mientras usted recibe cuidados paliativos.

Los Beneficios están disponibles cuando usted recibe cuidados paliativos de una agencia de cuidados paliativos con licencia.

Puede llamar al Administrador de Reclamos al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para obtener información sobre las pautas del Administrador de Reclamos sobre los cuidados paliativos.

Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado

Servicios y suministros proporcionados durante una Estadía como Paciente Hospitalizado en un Hospital.

Los Beneficios se encuentran disponibles para lo siguiente:

- Suministros y servicios no prestados por un Médico recibidos durante la estadía como Paciente Hospitalizado.
- Habitación y comida en una Habitación Semiprivada (una habitación con dos o más camas).
- Servicios de un Médico para radiólogos, anestesiólogos, patólogos y médicos de sala de Emergencias. (Los Beneficios para otros servicios de un Médico se describen en *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos.*)

Análisis de Laboratorio, Radiografías y Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios

Servicios con fines de diagnóstico relacionados con una Afección o Lesión, recibidos como paciente ambulatorio en un Hospital o un Centro Alternativo.

- Análisis de laboratorio y radiología o radiografías.
- Cobertura de mamografía, incluidas las imágenes tridimensionales.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- El cargo del centro y el cargo de los suministros y equipos.
- Servicios de un Médico de radiólogos, anestesiólogos y patólogos. (Los Beneficios para otros servicios de un Médico se describen en *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos.*)
- Pruebas Genéticas indicadas por un Médico que resultan en opciones de tratamiento médico disponibles luego del Asesoramiento Genético.
- Exámenes Farmacológicos Presuntivos y Exámenes Farmacológicos Definitivos.

Los análisis de laboratorio, las radiografías y las pruebas de diagnóstico para el cuidado preventivo se describen en la Sección *Servicios para el cuidado preventivo*.

Las pruebas de tomografía computarizada (computerized tomography, CT), tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET), resonancia magnética nuclear (magnetic resonance imaging, MRI), angiografía por resonancia magnética (magnetic resonance angiogram, MRA), medicina nuclear y los servicios de diagnóstico principales se describen en la Sección *Pruebas de Diagnóstico Importantes e Imágenes - Pacientes Ambulatorios*.

Pruebas de Diagnóstico Importantes e Imágenes - Pacientes Ambulatorios

Servicios para tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear y servicios de diagnóstico importantes que se prestan de manera ambulatoria en un Hospital o Centro Alternativo.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- El cargo del centro y el cargo de los suministros y equipos.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Servicios de un Médico de radiólogos, anesthesiólogos y patólogos. (Los Beneficios para otros servicios de un Médico se describen en *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos.*)

Incluir cuando el diseño del plan apoya el pago del beneficio para servicios del consultorio del Médico por servicios de diagnóstico importantes prestados en el consultorio de un Médico.

Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

Los Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos incluyen aquellos que reciben los pacientes hospitalizados o los pacientes ambulatorios en un Hospital o Centro Alternativo, o en el consultorio de un proveedor. Todos los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de salud del comportamiento debidamente calificado o bajo la dirección de este.

Los Beneficios incluyen los siguientes niveles de cuidado:

- Tratamiento para pacientes hospitalizados.
- Tratamiento Residencial.
- Hospitalización Parcial o Tratamiento Diurno.
- Tratamiento Intensivo para Paciente Ambulatorio.
- Tratamiento para pacientes ambulatorios.

El tratamiento para pacientes hospitalizados y el Tratamiento Residencial incluyen habitación y comida en una Habitación Semiprivada (una habitación con dos o más camas).

Los servicios incluyen lo siguiente:

- Evaluaciones de diagnóstico, exámenes y planificación de tratamiento.
- Tratamientos o procedimientos.
- Administración de medicamentos y otros tratamientos asociados.
- Terapia grupal, familiar e individual.
- Servicios de administración de casos basados en el proveedor.
- Intervención en caso de crisis.
- Servicios para el Cuidado de la Salud Mental para el Trastorno del Espectro Autista (incluidas las terapias de comportamiento intensivas, como el *Análisis Conductual Aplicado [Applied Behavior Analysis, ABA]*) que cumplan con lo siguiente:
 - Se centran en el tratamiento de los déficits principales de Trastorno del Espectro Autista.
 - Son proporcionados por un *Analista Conductual certificado por la Junta Médica (Board Certified Behavior Analyst, BCBA)* u otro proveedor calificado bajo la supervisión apropiada.
 - Se centran en el tratamiento de comportamientos inadaptados o estereotípicos que representan un peligro para la persona, para los demás y para la propiedad, y la limitación en las funciones diarias.

Esta sección describe únicamente el componente conductual del tratamiento del Trastorno del Espectro Autista. El tratamiento médico del Trastorno del Espectro Autista es un Servicio para el

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

Cuidado de la Salud Cubierto para el que se encuentran disponibles Beneficios en las categorías médicas correspondientes de los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de este *CERTIFICADO DE COBERTURA*.

La Persona Designada para Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos presta servicios administrativos para todos los niveles de cuidado.

Lo alentamos a comunicarse con la Persona Designada para Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos para obtener referencias a proveedores y para que coordine el cuidado.

Tratamiento para la Osteoporosis

Se ofrecen Beneficios para el diagnóstico, el tratamiento y la administración apropiada de la osteoporosis. Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos incluyen las tecnologías aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos, incluidas las mediciones de masa ósea, cuando son solicitadas por su Médico.

Suministros para Ostomía

Los Beneficios para suministros para ostomía se limitan a lo siguiente:

- Bolsas, cubiertas frontales y cinturones.
- Mangas de irrigación, bolsas y catéteres de irrigación para la ostomía.
- Barreras cutáneas.

Los Beneficios no están disponibles para desodorantes, filtros, lubricantes, cintas, aparatos de limpieza, adhesivos, removedores de adhesivos u otros artículos que no se indiquen arriba.

Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios

Productos Farmacéuticos que se administran para Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de manera ambulatoria en un Hospital, un Centro Alternativo, el consultorio del Médico o en su hogar.

Los Beneficios se proporcionan para Productos Farmacéuticos que, debido a sus características (según lo determine el Administrador de Reclamos), sean administrados o supervisados directamente por un proveedor calificado o un profesional de salud certificado o con licencia. Según el lugar en el que se administre el Producto Farmacéutico, los Beneficios se proporcionarán para la administración del Producto Farmacéutico conforme a la categoría correspondiente de Beneficios establecida en este *CERTIFICADO DE COBERTURA*. Los Beneficios para medicamentos generalmente disponibles por una receta o un pedido o resurtido se proporcionan según lo descrito en su *Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios*.

Si necesita determinados Productos Farmacéuticos, incluidos los Productos Farmacéuticos de especialidad, es posible que el Administrador de Reclamos lo designe a una Entidad de Suministro Designada. Dichas Entidades de Suministro pueden incluir farmacias para pacientes ambulatorios, farmacias especializadas, proveedores de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio, farmacias afiliadas a un Hospital o farmacias contratadas por un centro para el tratamiento de la hemofilia.

Si usted o su proveedor son remitidos a una Entidad de Suministro Designada y eligen no obtener el Producto Farmacéutico mediante dichas entidades, los Beneficios no estarán disponibles para ese Producto Farmacéutico.

Ciertos Productos Farmacéuticos están sujetos a requisitos de terapia escalonada. Esto significa que a fin de recibir Beneficios para dichos Productos Farmacéuticos, usted primero debe usar un Producto Farmacéutico o Medicamento con Receta diferentes. Podrá averiguar si un Producto Farmacéutico en

particular está sujeto a requisitos de terapia escalonada comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Es posible que el Administrador de Reclamos tenga programas mediante los que puede recibir un Beneficio intensificado o reducido sobre la base de sus acciones, tales como la adhesión o el cumplimiento con los regímenes de medicamento o tratamiento, o la participación en programas de administración de salud. Puede acceder a la información sobre estos programas comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos

Tarifas del Médico para procedimientos quirúrgicos y otros servicios médicos que reciben los pacientes ambulatorios o pacientes hospitalizados en un Hospital, Centro de Enfermería Especializada, Centro de Rehabilitación para pacientes hospitalizados o Centro Alternativo, o para visitas a domicilio del Médico.

Servicios en el Consultorio del Médico - Afección y Lesión

Servicios proporcionados en el consultorio del Médico para el diagnóstico y tratamiento de una afección o lesión. Los Beneficios se proporcionan independientemente de si el consultorio del Médico es independiente, está ubicado en una clínica o en un Hospital.

Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos incluyen los servicios de educación médica que los profesionales de cuidado de la salud debidamente registrados o autorizados prestan en el consultorio del Médico cuando se cumplen las dos condiciones siguientes:

- La educación se requiere para una enfermedad en la que el autocontrol del paciente es parte del tratamiento.
- Existe una falta de conocimiento en relación con la enfermedad, que requiere la ayuda de un profesional de cuidado de la salud capacitado.

Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos incluyen el Asesoramiento Genético.

Los Beneficios incluyen inyecciones para alergias.

Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para el cuidado preventivo proporcionados en el consultorio del Médico se describen en la Sección *Servicios para el Cuidado Preventivo*.

Los Beneficios incluyen pruebas de laboratorio, radiología y radiografías u otros servicios de diagnóstico que se presten en el consultorio del Médico.

Los Beneficios para pruebas de tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética nuclear, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear y los servicios de diagnóstico principales se describen en la Sección Pruebas de Diagnóstico Importantes e Imágenes - Pacientes Ambulatorios.

Cuando se realiza una prueba o se extrae una muestra en el consultorio del Médico, los Beneficios para el análisis de o las pruebas de laboratorio, radiología o radiografías u otros servicios de diagnóstico, cuando se realizan dentro o fuera del consultorio del Médico, se describen en la Sección Análisis de Laboratorio, Radiografías y Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios.

Embarazo - Servicios de Maternidad

Los Beneficios por Embarazo incluyen todos los servicios médicos relacionados con la maternidad para cuidado prenatal, cuidado posnatal, parto y cualquier complicación relacionada.

Tanto antes como durante un Embarazo, los Beneficios incluyen los servicios de un asesor de genética, cuando son prestados o referidos por un Médico. Estos Beneficios se encuentran disponibles para todas las Personas Cubiertas en la familia inmediata. Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos incluyen las pruebas y el tratamiento relacionados.

El Administrador de Reclamos también tiene programas prenatales especiales para ayudar durante el Embarazo. Son voluntarios y la participación en ellos no tiene ningún costo adicional. Para inscribirse, debe notificar al Administrador de Reclamos durante el primer trimestre, pero a más tardar un mes antes de la fecha prevista de parto. Es importante que le informe al Administrador de Reclamos sobre su Embarazo.

El Plan pagará Beneficios para una Estadía como Paciente Hospitalizado de, al menos, el siguiente tiempo:

- 48 horas para la madre y el bebé recién nacido después de un parto natural.
- 96 horas para la madre y el bebé recién nacido después de un parto mediante cesárea.

Si la madre está de acuerdo, el proveedor tratante puede dar de alta a la madre o al bebé recién nacido antes de estos plazos mínimos.

Servicios para el Cuidado Preventivo

Los servicios para el cuidado preventivo proporcionados de manera ambulatoria en el consultorio de un Médico, en un Centro Alternativo o en un Hospital comprenden los servicios médicos que se ha demostrado —mediante evidencia clínica— que son seguros y eficaces para la detección temprana o la prevención de la enfermedad, y que se ha demostrado que tienen un efecto beneficioso en los resultados de salud e incluyen los siguientes, según lo exige la ley vigente:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que, actualmente, tienen una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones vigentes del *Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos*.
- Vacunas que, actualmente, tienen la recomendación del *Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*.
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y pruebas de detección informados mediante la evidencia que figuran en las pautas integrales respaldadas por la *Administración de Recursos y Servicios de Salud*.
- Con respecto a las mujeres, dicho cuidado preventivo y pruebas de detección adicionales según lo que figura en las pautas integrales respaldadas por la *Administración de Recursos y Servicios de Salud*.

Los Beneficios definidos en el requisito de la *Administración de Recursos y Servicios para el Cuidado de la Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA)* incluyen el costo del alquiler de un sacaleches por Embarazo junto con el parto. Los sacaleches deben ser solicitados o proporcionados por un Médico. Puede encontrar más información sobre cómo acceder a estos Beneficios para sacaleches comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Si más de un sacaleches puede cumplir con sus necesidades, los Beneficios se encuentran disponibles únicamente para el sacaleches más eficiente en costo. El Administrador de Reclamos determinará lo siguiente:

- Qué sacaleches es el más eficiente en costo.
- Si el sacaleches se debe alquilar o comprar.

- La duración de un alquiler.
- El momento de la compra o el alquiler.

Prótesis

Prótesis externas que reemplazan una extremidad o una parte del cuerpo, limitados a lo siguiente:

- Brazos, piernas, pies y manos artificiales.
- Cara, ojos, orejas y nariz artificiales.
- Prótesis de seno, según lo exigido por la *Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998*. Los Beneficios incluyen sujetadores para mastectomía. Los Beneficios de medias para linfedemas para el brazo se proporcionan según lo descrito en *Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros*.

Los Beneficios se proporcionan únicamente para prótesis y no incluyen ningún dispositivo que se implante completamente en el cuerpo. Las prótesis internas son un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto para los que se encuentran disponibles Beneficios en virtud de las categorías médicas o quirúrgicas aplicables de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de este **CERTIFICADO DE COBERTURA**.

Si más de una prótesis puede cumplir con sus necesidades funcionales, los Beneficios se encuentran disponibles únicamente para la prótesis que reúna las especificaciones mínimas para sus necesidades. Si compra una prótesis que supera estas especificaciones mínimas, el Plan pagará únicamente la cantidad que hubiera pagado para la prótesis que reúne las especificaciones mínimas y usted será responsable de pagar cualquier diferencia de costo.

La prótesis debe ser solicitada o proporcionada por un Médico, o bajo su instrucción.

Hay Beneficios disponibles para reparaciones y reemplazo, excepto según lo descrito en *Exclusiones y Limitaciones*, en *Dispositivos, Accesorios y Prótesis*.

Procedimientos Reconstructivos

Procedimientos reconstructivos cuando el objetivo principal del procedimiento es uno de los siguientes:

- El tratamiento de una condición médica.
- Mejora o restauración de la función fisiológica.

Los procedimientos reconstructivos incluyen la cirugía u otros procedimientos que están relacionados con una Lesión, Afección o Anomalía Congénita. El resultado principal del procedimiento no es un aspecto físico diferente ni mejorado.

Los Procedimientos Estéticos están excluidos de la cobertura. Los procedimientos que corrigen una Anomalía Congénita anatómica sin mejorar ni restaurar la función fisiológica se consideran Procedimientos Estéticos. El hecho de que usted pueda sufrir consecuencias psicológicas o que tenga un comportamiento evasivo como resultado de una Lesión, Afección o Anomalía Congénita no clasifica la cirugía (ni otros procedimientos realizados para aliviar dichas consecuencias o comportamiento) como un procedimiento reconstructivo.

Tenga en cuenta que los Beneficios para procedimientos reconstructivos incluyen la reconstrucción de seno después de una mastectomía y la reconstrucción del seno no afectado para lograr simetría. Otros servicios exigidos por la *Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998*, incluidas las prótesis de seno y el tratamiento de complicaciones, se proporcionan de la misma forma y al mismo nivel que cualquier otro Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto. Puede comunicarse con el Administrador de Reclamos al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para obtener más información sobre los Beneficios para servicios relacionados con la mastectomía.

Servicios para la Rehabilitación - Terapia y Tratamiento de Manipulación para Pacientes Ambulatorios

Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios a corto plazo limitados a lo siguiente:

- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Tratamiento de Manipulación.
- Terapia del habla.
- Terapia de rehabilitación pulmonar.
- Terapia de rehabilitación cardíaca.
- Terapia auditiva después de un implante coclear.
- Terapia de rehabilitación cognitiva.

Los servicios para la rehabilitación deben ser prestados por un Médico o un proveedor de terapia con licencia. Los Beneficios incluyen los servicios para la rehabilitación proporcionados en el consultorio de un Médico o de manera ambulatoria en un Hospital o Centro Alternativo. Los servicios para la rehabilitación en su hogar proporcionados por una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio se proporcionan según lo descrito en la Sección *Cuidado Médico a Domicilio*. Los servicios para la rehabilitación en su hogar distintos de los proporcionados por una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio se proporcionan según lo descrito en esta sección.

Los Beneficios pueden denegarse o acortarse en cualquiera de los siguientes casos:

- Cuando usted no está progresando en los servicios para la rehabilitación dirigidos a una meta.
- Se han alcanzado previamente las metas de rehabilitación.

Los Beneficios no están disponibles para el tratamiento de mantenimiento o preventivo.

Para los servicios de rehabilitación de terapia del habla para pacientes ambulatorios, el Plan pagará Beneficios para el tratamiento de trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la comunicación y el procesamiento auditivo solo cuando el trastorno surge de una Lesión, derrame cerebral, cáncer, Anomalia Congénita o Trastorno del Espectro Autista. El Plan pagará los Beneficios de terapia de rehabilitación cognitiva solo cuando sea Medicamente Necesario luego de una Lesión cerebral postraumática o un accidente cerebrovascular.

Procedimientos Endoscópicos - De Diagnóstico y Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios

Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, y servicios relacionados recibidos de manera ambulatoria en un Hospital o un Centro Alternativo, o en el consultorio del Médico.

Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico son los que se utilizan para la visualización, la biopsia y la extracción de pólipos. Algunos ejemplos de procedimientos endoscópicos de diagnóstico incluyen los siguientes:

- Colonoscopia.
- Sigmoidoscopia.
- Endoscopia diagnóstica.

Recuerde que los Beneficios no incluyen los procedimientos endoscópicos quirúrgicos, que tienen el propósito de realizar una cirugía. Los Beneficios para los procedimientos endoscópicos quirúrgicos se describen en la Sección *Cirugía - Pacientes Ambulatorios*.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- El cargo del centro y el cargo de los suministros y equipos.
- Servicios de un Médico de radiólogos, anestesiólogos y patólogos. (Los Beneficios para todos los demás servicios de un Médico se describen en la Sección *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos*.)

Los Beneficios que se aplican a determinados exámenes preventivos se describen en la Sección *Servicios para el Cuidado Preventivo*.

Servicios de Centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados

Servicios y suministros proporcionados durante una Estadía como Paciente Hospitalizado en un Centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación para pacientes hospitalizados. Los Beneficios se encuentran disponibles para lo siguiente:

- Suministros y servicios no prestados por un Médico recibidos durante la estadía como Paciente Hospitalizado.
- Habitación y comida en una Habitación Semiprivada (una habitación con dos o más camas).
- Servicios de un Médico de radiólogos, anestesiólogos y patólogos. (Los Beneficios para otros servicios de un Médico se describen en *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos*.)

Tenga en cuenta que los Beneficios se encuentran disponibles solo si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Si la primera reclusión en un Centro de Enfermería Especializada o un Centro de Rehabilitación para pacientes hospitalizados fue o será una opción eficiente en costo a una Estadía como Paciente Hospitalizado en un Hospital.
- Recibirá servicios para el Cuidado Especializado que no son Cuidados de Custodia principalmente.

El Administrador de Reclamos determinará si los Beneficios se encuentran disponibles revisando la naturaleza especializada del servicio y la necesidad de administración médica indicada por un Médico.

Los Beneficios pueden denegarse o acortarse en cualquiera de los siguientes casos:

- Cuando usted no está progresando en los servicios para la rehabilitación dirigidos a una meta.
- Se han alcanzado previamente las metas de rehabilitación del alta.

Cirugía - Pacientes Ambulatorios

Cirugía y servicios relacionados recibidos de manera ambulatoria en un Hospital, un Centro Alternativo o en el consultorio del Médico.

Los Beneficios incluyen determinados procedimientos endoscópicos. Algunos ejemplos de procedimientos endoscópicos quirúrgicos incluyen los siguientes:

- Artroscopia.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Laparoscopia.
- Broncoscopia.
- Histeroscopia.

Algunos ejemplos de procedimientos quirúrgicos realizados en el consultorio del Médico son la remoción de lunares, de cerumen y la aplicación de un yeso.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- El cargo del centro y el cargo de los suministros y equipos.
- Servicios de un Médico de radiólogos, anestesiólogos y patólogos. (Los Beneficios para otros servicios de un Médico se describen en *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos.*)

Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios

Tratamientos terapéuticos recibidos de manera ambulatoria en un Hospital o Centro Alternativo o en el consultorio de un Médico, incluidos los siguientes:

- Diálisis (tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal).
- Quimioterapia intravenosa u otra terapia de infusión intravenosa.
- Oncología de radiación.

Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos incluyen los servicios de educación médica que los profesionales de cuidado de la salud debidamente registrados o autorizados prestan de manera ambulatoria en un Hospital o Centro Alternativo cuando se cumplen las dos condiciones siguientes:

- La educación se requiere para una enfermedad en la que el autocontrol del paciente es parte del tratamiento.
- Existe una falta de conocimiento en relación con la enfermedad, que requiere la ayuda de un profesional de cuidado de la salud capacitado.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- El cargo del centro y el cargo de los suministros y equipos relacionados.
- Servicios de un Médico de anestesiólogos, patólogos y radiólogos. Los Beneficios para otros Servicios de un Médico se describen en la Sección *Tarifas del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos.*

Servicios de Trasplante

Trasplantes de órganos y tejidos, incluida la terapia de linfocitos T con receptor de antígeno quimérico para malignidades, cuando lo indica el Médico. Los Beneficios se encuentran disponibles para los trasplantes cuando el trasplante cumple con la definición de Servicio para el Cuidado de la salud Cubierto y cuando no es un servicio Experimental, de Investigación o No comprobado.

Algunos ejemplos de trasplantes para los que se encuentran disponibles Beneficios incluyen los siguientes:

- Médula ósea, incluida la terapia de linfocitos T con receptor de antígeno quimérico para malignidades.
- Corazón.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Corazón y pulmón.
- Pulmón.
- Riñón.
- Riñón y páncreas.
- Hígado.
- Hígado e intestino delgado.
- Páncreas.
- Intestino delgado.
- Córnea.

Los costos del donante relacionados con el trasplante son Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos y son pagaderos a través de la cobertura del receptor del órgano en virtud del Plan, limitado a lo siguiente respecto del donante:

- Identificación.
- Evaluación.
- Extirpación de órganos.
- Cuidado médico de seguimiento directo.

Los gastos relacionados con encontrar un donante para los trasplantes de médula ósea se limitan a los familiares inmediatos y al Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea. Los procedimientos del trasplante de médula ósea tendrán como base las normas adoptadas por la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud.

El tratamiento incluye la terapia no ablativa con intenciones curativas o de prolongación de la vida.

Puede llamar al Administrador de Reclamos al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para obtener información sobre las pautas específicas del Administrador de Reclamos sobre los Beneficios para los servicios de trasplante.

Servicios del Centro de Cuidado de Urgencia

Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos recibidos en un Centro de Cuidado de Urgencia. Cuando los servicios para tratar necesidades de cuidado de la salud urgente se ofrecen en el consultorio del Médico, los Beneficios se encuentran disponibles según lo descrito en la Sección *Servicios en el Consultorio Médico - Afección y Lesión*.

Visitas Virtuales

Visitas virtuales para Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que incluyen el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas menos graves mediante el uso de tecnologías de audio y video en vivo. Las visitas virtuales ofrecen la comunicación de información médica en tiempo real entre el paciente y un Médico o especialista de la salud a distancia, a través del uso de tecnologías de audio y video en vivo fuera de un centro médico (por ejemplo, desde casa o el trabajo).

Los Beneficios dentro de la Red están disponibles solo cuando los servicios se proporcionan a través de un proveedor de la red virtual designado. Para encontrar un Proveedor de la Red Virtual Designado,

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Tenga en cuenta lo siguiente: No todas las condiciones médicas pueden tratarse mediante visitas virtuales. El Proveedor de Visitas Virtuales de la Red designada identificará cualquier condición para la que sea necesario el tratamiento mediante el contacto en persona con un Médico.

Los Beneficios no incluyen el correo electrónico, el fax, las llamadas telefónicas estándar, ni las visitas de telesalud o telemedicina que ocurren dentro de los centros médicos (centros de origen definidos por los *Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*).

Exclusiones y Limitaciones

¿Cómo Se Utilizan los Títulos en esta Sección?

Para ayudarle a encontrar las exclusiones, esta sección contiene títulos (por ejemplo, *A. Tratamientos Alternativos*, que está a continuación). Los títulos agrupan servicios, tratamientos, productos o suministros que están dentro de categorías similares. Las exclusiones aparecen en los títulos. Un título no crea, define, cambia, limita ni expande una exclusión. Todas las exclusiones de esta sección se aplican a usted.

El Plan No Paga Beneficios por las Exclusiones

El Plan no pagará Beneficios por ninguno de los servicios, tratamientos, productos ni suministros descritos en esta sección, incluso si se cumplen cualquiera de las siguientes situaciones:

- Son recomendados o recetados por un Médico.
- Son el único tratamiento disponible para su condición.

Los servicios, tratamientos, productos o suministros enumerados en esta sección no son Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, a excepción de lo dispuesto específicamente en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

¿Dónde se Muestran las Limitaciones de los Beneficios?

Cuando los Beneficios son limitados dentro de cualquiera de las categorías de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que se describen en la Sección, *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*, dichos límites se establecen en la categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos correspondiente de la *Lista de Beneficios*. También pueden aplicarse límites a algunos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que corresponden a más de una categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. Cuando esto ocurre, los límites también aparecen en la tabla de la *Lista de Beneficios*. Revise todos los límites atentamente, ya que el Plan no pagará Beneficios por ninguno de los servicios, tratamientos, productos ni suministros que excedan estos límites de Beneficios.

Tenga en cuenta que, al enumerar servicios o ejemplos, cuando la exclusión o la limitación dice “esto incluye”, no es la intención del Plan limitar la descripción a esa lista específica. Cuando el Plan sí quiere limitar una lista de servicios o ejemplos, la exclusión o la limitación indica específicamente que la lista “se limita a”.

Tratamientos Alternativos

1. Acupresión y acupuntura.
2. Aromaterapia.
3. Hipnotismo.
4. Terapia de masajes, excepto con Servicios Quiroprácticos Cubiertos conforme a los Cubiertos en virtud de los Servicios Quiroprácticos de los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.
5. Masaje tipo Rolfing.
6. Terapia a través de la aventura, terapia en la naturaleza, terapia al aire libre o programas similares.
7. Terapia por medio del arte, musicoterapia, terapia por medio del baile, terapia por medio de la equitación y otras formas de tratamiento alternativo, según lo definido por el *Centro Nacional de*

*Salud Complementaria e Integradora (National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH) de los Institutos Nacionales de la Salud. Esta exclusión no se aplica al Tratamiento de Manipulación y al cuidado osteopático que no implica manipulación, para los cuales se proporcionan los Beneficios según lo descrito en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.*

Servicios Dentales

1. Cuidado dental (que incluye radiografías dentales, suministros y accesorios y todos los gastos relacionados, incluidas hospitalizaciones y anestesia).

Esta exclusión no se aplica a servicios dentales relacionados con accidentes, para los cuales se proporcionan los Beneficios según lo descrito en *Servicios Dentales - Accidente Únicamente* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

Esta exclusión no se aplica al cuidado dental (examen bucal, radiografías, extracciones y eliminación de infección oral no quirúrgica) requerido para el tratamiento directo de una condición médica para la cual hay Beneficios disponibles dentro del Plan, limitado a lo siguiente:

- Preparación para el trasplante.
- Antes del inicio de los medicamentos inmunosupresores.
- El tratamiento directo de Lesión traumática aguda, cáncer.

Está excluido el cuidado dental necesario para tratar los efectos de una condición médica, pero que no es necesariamente para tratar la condición médica en forma directa. Algunos ejemplos incluyen el tratamiento de caries como consecuencia de boca seca después de radioterapia o como consecuencia de un medicamento.

Están excluidos: Endodoncia, cirugía periodontal y tratamiento restaurador.

2. Cuidado preventivo, diagnóstico, tratamiento de dientes, mandíbulas o encías, o relacionados con estos. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- Extracción, restauración y reemplazo de dientes.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de condiciones dentales.
- Servicios para mejorar los resultados clínicos dentales.

Esta exclusión no se aplica a cuidados preventivos para los cuales los Beneficios se proporcionan en virtud del requisito del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos o el requisito de la *Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)*. Esta exclusión tampoco se aplica a servicios dentales relacionados con accidentes, para los cuales se proporcionan los Beneficios según lo descrito en *Servicios Dentales - Accidente Únicamente* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

3. Implantes dentales, injertos óseos y otros procedimientos relacionados con implantes. Esta exclusión no se aplica a servicios dentales relacionados con accidentes, para los cuales se proporcionan los Beneficios según lo descrito en *Servicios Dentales - Accidente Únicamente* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

4. Freno dental (ortodoncia).

5. Tratamiento de dientes faltantes, mal posicionados o supernumerarios por causas congénitas, incluso si forman parte de una Anomalía Congénita. Esta exclusión no se aplica a los servicios dentales para los cuales se proporcionan los Beneficios según se describe en Tratamiento para el Paladar Hendido o Labio Leporino en la Sección 1: Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Dispositivos, Accesorios y Prótesis

1. Dispositivos utilizados como elementos de seguridad o para ayudar al rendimiento en actividades relacionadas con el deporte.
2. Aparatos ortopédicos que enderezan o remodelan una parte del cuerpo. Ejemplos incluyen ortesis para pie y algunos tipos de abrazaderas, incluidas las abrazaderas ortopédicas sin receta. Esta exclusión no se aplica a las abrazaderas ortopédicas para las cuales los Beneficios se proporcionan según se describe en *Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
3. Cascos correctores y cerclaje craneal, excepto cuando se usan para evitar la necesidad de una cirugía o para facilitar resultados quirúrgicos exitosos.
4. Los siguientes productos están excluidos, incluso si son recetados por un Médico:
 - Manguito o monitor para medir la presión arterial.
 - Alarma para enuresis.
 - Desfibrilador externo no portátil.
 - Cinturones quirúrgicos.
 - Nebulizadores ultrasónicos.
5. Dispositivos y computadoras para ayudar en la comunicación y el habla, excepto dispositivos de ayuda para el habla y dispositivos de voz traqueoesofágica para los cuales los Beneficios se proporcionan según lo descrito en *Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubierto*.
6. Accesorios orales para ronquido.
7. Reparación o reemplazo de prótesis por mal uso, daño malicioso o negligencia grave o para reemplazar elementos perdidos o robados.
8. Reparación o reemplazo de prótesis, excepto cuando sea necesario debido a una necesidad funcional de un niño en crecimiento.
9. Equipos de monitoreo o de diagnóstico comprados para su uso en el hogar, a menos que se los describa de otra manera como Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.
10. Dispositivos de exoesqueleto eléctricos y no eléctricos.
11. Dispositivos biónicos.

Medicamentos

1. Medicamentos con receta para uso de pacientes ambulatorios surtidos a través de un pedido de medicamento con receta o resurtido.
2. Medicamentos autoinyectables. Esta exclusión no se aplica a medicamentos que, debido a sus características (según lo determine el Administrador de Reclamos), normalmente deben ser administrados por un proveedor calificado o un profesional de la salud con licencia o certificado, o bajo la supervisión directa de estos, en un centro para pacientes ambulatorios. Esta exclusión no se aplica a los Beneficios según se describe en *Servicios para diabetes* en la Sección *Servicios Para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
3. Medicamentos no inyectables administrados en un consultorio médico. Esta exclusión no se aplica a medicamentos no inyectables que se requieren en una condición médica de Emergencia y se usan en el consultorio del Médico.

4. Tratamientos y medicamentos sin receta.
5. Terapia con hormona de crecimiento.
6. Determinados Productos Farmacéuticos Nuevos y formas de dosificación nuevas hasta la fecha, según lo determinado por el Administrador de Reclamos o su persona designada, pero a más tardar el 31 de diciembre del siguiente año calendario.

Esta exclusión no se aplica si tiene una Afección o condición potencialmente mortal (que probablemente le ocasione la muerte en el plazo de un año de la solicitud de tratamiento). Si tiene una Afección o Condición potencialmente mortal, en tales circunstancias, puede haber Beneficios disponibles para el Producto Farmacéutico Nuevo en la medida que se establece en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

7. Un producto farmacéutico que contiene ingredientes activos disponibles en y terapéuticamente equivalentes (esencialmente con la misma eficacia y el mismo perfil de efectos adversos) a otro producto farmacéutico cubierto. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario.
8. Un producto farmacéutico que contiene ingredientes activos que constituyen una versión modificada de y son terapéuticamente equivalentes (esencialmente con la misma eficacia y el mismo perfil de efectos adversos) a otro producto farmacéutico cubierto. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario.
9. Un Producto Farmacéutico con un biosimilar o un biosimilar y terapéuticamente equivalente (esencialmente con la misma eficacia y el mismo perfil de efectos adversos) a otro producto farmacéutico cubierto. Con el propósito de definir esta exclusión, un "biosimilar" es un Producto Farmacéutico biológico aprobado según se demuestre que es altamente similar a un producto de referencia (un Producto Farmacéutico biológico) y que no presenta diferencias clínicamente significativas en términos de seguridad y eficacia en comparación con el producto de referencia. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces por año calendario.
10. Determinados Productos Farmacéuticos que cuentan con alternativas terapéuticamente equivalentes (esencialmente con la misma eficacia y el mismo perfil de efectos adversos), a menos que se requiera lo contrario por ley o que el Administración de Reclamos lo apruebe de otro modo. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario.
11. Determinados Productos Farmacéuticos que no han sido recetados por un Especialista.

Servicios Experimentales o en Investigación o No Comprobados

Están excluidos los Servicios Experimentales o en Investigación y No Comprobados y todos los servicios relacionados con Servicios Experimentales o en Investigación y No Comprobados. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental o en investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición particular no dará lugar a beneficios si el procedimiento se considera experimental o en investigación o no comprobado en el tratamiento de esa condición particular. Esta exclusión no se aplica a medicamentos médicamente apropiados recetados para el tratamiento del cáncer. El medicamento debe ser reconocido para el tratamiento de esa indicación, y publicado en un vademécum de referencia estándar o recomendado en documentos médicos.

Esta exclusión no se aplica a Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos proporcionados durante un ensayo clínico para los cuales los Beneficios se proporcionan según lo descrito en *Ensayos Clínicos* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

Cuidado de los Pies

1. Cuidado de los pies de rutina. Ejemplos incluyen corte y extracción de callos y callosidades. Esta exclusión no se aplica al cuidado de los pies preventivo si usted padece diabetes para el cual los Beneficios se proporcionan según lo descrito en *Servicios para Control de la Diabetes* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
2. Recorte, corte o desbridamiento de uñas.
3. Cuidado de los pies de mantenimiento preventivo e higiénico. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - Limpieza e inmersión de pies.
 - Aplicación de cremas para la piel a fin de mantener la tonificación de la piel.
 - Esta exclusión no se aplica al cuidado de los pies preventivo si usted está en riesgo de sufrir una enfermedad neurológica o vascular a causa de enfermedades como la diabetes.
4. Tratamiento del pie plano.
5. Tratamiento de subluxación del pie.
6. Calzado.
7. Plantillas ortopédicas.
8. Insertos.
9. Plantillas ortopédicas.

Disforia de Género

1. Procedimientos Estéticos, incluidos los siguientes:
 - Abdominoplastia.
 - Blefaroplastia.
 - Aumento de senos, incluida mamoplastia de aumento e implantes de seno.
 - Remodelación corporal, como una lipoplastia.
 - Levantamiento de cejas.
 - Implantes de pantorrillas.
 - Implantes de pómulos, mentón y nariz.
 - Inyecciones de rellenos o neurotoxinas.
 - Estiramiento facial, estiramiento de frente o estiramiento de cuello.
 - Remodelado del hueso facial para feminización facial.
 - Extracción de vello.
 - Trasplante de cabello.
 - Aumento de labios.
 - Reducción de labios.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Liposucción.
- Mastopexia.
- Implantes de pectorales para masculinización del pecho.
- Rinoplastia.
- Rejuvenecimiento cutáneo.
- Reducción del cartílago tiroideos; reducción de condroplastia tiroidea; afeitado de la tráquea (eliminación o reducción de la nuez de Adán).
- Cirugía para modificar la voz.
- Clases de voz y terapia de voz.

Equipo y Suministros Médicos

1. Suministros médicos recetados o no recetados y suministros desechables. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- Medias de compresión.
- Vendaje Ace.
- Gasa y vendajes.
- Catéteres urinarios.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- Suministros desechables necesarios para el uso eficaz de Equipo Médico Duradero o prótesis para los cuales se brindan Beneficios según lo descrito en *Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros y Prótesis* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*. Esta excepción no se aplica a suministros para la administración de alimentos para propósitos médicos.
- Suministros para la diabetes, para los cuales los Beneficios se proporcionan según lo descrito en *Servicios para Control de la Diabetes* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

2. Tubos y máscaras, excepto cuando se usan con Equipo Médico Duradero según lo descrito en *Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
3. Dispositivos disponibles al público en general con o sin receta médica, aplicaciones de software o monitores que pueden utilizarse para fines no médicos.
4. Reparación o reemplazo de Equipo Médico Duradero u ortesis por mal uso, daño malicioso o negligencia grave o para reemplazar elementos perdidos o robados.
5. Reparación o reemplazo de equipos dañados y la compra o el alquiler de equipos duplicados.
6. Reparación o reemplazo de Equipo Médico Duradero u ortesis, excepto cuando sea necesario debido a una necesidad funcional de un niño en crecimiento.

Cuidado de la Salud mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

Además de todas las otras exclusiones detalladas en esta Sección *Exclusiones y Limitaciones*, las exclusiones detalladas directamente debajo se aplican a los servicios descritos en *Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos* de la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

1. Servicios proporcionados en conexión con condiciones no clasificadas en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y Conductuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*.
2. Fuera de una evaluación, los servicios como tratamientos para un diagnóstico primario de condiciones y problemas que pueden ser foco de atención clínica, pero se destacan específicamente para no ser trastornos mentales dentro de la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*.
3. Fuera de una evaluación, servicios como tratamientos para el diagnóstico primario de discapacidades del aprendizaje, trastornos de conducta y control de impulsos disruptivos, trastornos por juegos de apuestas y trastornos parafilicos.
4. Servicios que son de naturaleza únicamente educativa o que, de lo contrario, son pagados por las leyes estatales o federales con fines puramente educativos.
5. Enseñanza o servicios escolares para niños y adolescentes que deben ser proporcionados o pagados por la escuela en virtud de la *Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act)*.
6. Fuera de una evaluación, todos los trastornos no especificados para los que el proveedor no esté obligado a proporcionar fundamentos clínicos según lo definido en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*.
7. Servicios de Vivienda de Transición.

Nutrición

1. Asesoramiento nutricional individual y grupal, incluso educación nutricional sobre enfermedades no específicas como buenos hábitos de alimentación generales, control de calorías o preferencias dietarias. Esta exclusión no se aplica a cuidados preventivos para los cuales los Beneficios se proporcionan en virtud del requisito del *Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos*. Esta exclusión no se aplica a servicios de educación nutricional médicos que son proporcionados como parte del tratamiento para una enfermedad por profesionales de cuidado de la salud debidamente registrados o con licencia cuando se cumplen las dos condiciones siguientes:
 - La educación nutricional se requiere para una enfermedad en la que el autocontrol del paciente es parte del tratamiento.
 - Existe una falta de conocimiento en relación con la enfermedad, que requiere la ayuda de un profesional de cuidado de la salud capacitado.
2. Los alimentos de cualquier tipo, incluidos los productos alimenticios modificados como los productos bajos en proteínas y bajos en carbohidratos; la fórmula nutricional entérica (incluida las que se administran mediante una bomba), la fórmula infantil y la leche materna de donante. Esta exclusión no se aplica a los Beneficios según se describen en *Fórmulas Nutricionales Entéricas* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
3. Terapia nutricional o estética utilizando dosis altas o enormes cantidades de vitaminas, minerales

o elementos y otras terapias basadas en nutrición. Algunos ejemplos son los suplementos y los electrolitos.

Cuidado Personal, Comodidad y Conveniencia

1. Televisión.
2. Teléfono.
3. Servicio de belleza o peluquero.
4. Servicio para huéspedes.
5. Suministros, equipos y servicios y suministros incidentales similares para la comodidad personal. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - Aires acondicionados, purificadores de aire y filtros y deshumidificadores.
 - Baterías y cargadores de baterías.
 - Sacaleches. Esta exclusión no se aplica a los sacaleches para los que se proporcionan Beneficios en virtud del requisito de la *Administración de Recursos y Servicios para el Cuidado de la Salud (HRSA)*.
 - Sillas para automóvil.
 - Sillas, sillas para bañera, sillas para comer, sillas para bebés, sillas elevadoras y reclinadores.
 - Equipo para ejercicios.
 - Modificaciones en el domicilio como ascensores, pasamanos y rampas.
 - Compresas frías y calientes.
 - Bañeras de hidromasaje.
 - Humidificadores.
 - Jacuzzis.
 - Colchones.
 - Sistemas de alerta médica.
 - Camas mecánicas.
 - Dispositivos para música.
 - Computadoras personales.
 - Almohadas.
 - Vehículos mecánicos.
 - Radios.
 - Saunas.
 - Elevadores de escaleras y silla-ascensor para personas incapacitadas.
 - Caminadores.
 - Equipo de seguridad.

- Cintas rodantes.
- Modificaciones en vehículos como elevadores para subir o bajar de una camioneta.
- Reproductores de video.
- Piscinas de hidromasaje.

Aspecto Físico

1. Procedimientos Estéticos. Consulte la definición en la Sección *Términos Definidos*. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - Regímenes farmacéuticos, procedimientos o tratamientos nutricionales.
 - Eliminación o procedimientos de revisión de una cicatriz o tatuaje (como salabrasión, quimocirogía y otros procedimientos de abrasión de la piel similares).
 - Procedimientos de abrasión de la piel realizados como tratamiento para el acné.
 - Liposucción o extracción de depósitos de grasa considerados no deseados, incluida acumulación de grasa debajo del seno y el pezón masculino.
 - Tratamiento de arrugas cutáneas o cualquier tratamiento para mejorar el aspecto de la piel.
 - Tratamiento de arañas vasculares.
 - Tratamiento de escleroterapia de venas.
 - Extracción o reemplazo de vello por cualquier medio.
2. Reemplazo de implante de seno existente si el implante de seno anterior se realizó como Procedimiento Estético. Nota: El reemplazo de un implante de seno existente se considera reconstructivo si el primer implante de seno fue posterior a una mastectomía. Consulte *Procedimientos Reconstructivos* en la Sección *Servicios Para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
3. Tratamiento de ginecomastia benigna (agrandamiento anormal de los senos en hombres).
4. Programas de acondicionamiento físico como entrenamiento atlético, fisicoculturismo, ejercicio, acondicionamiento físico o flexibilidad.
5. Programas de pérdida de peso independientemente de si se realizan bajo supervisión médica. También están excluidos los programas para bajar de peso por motivos médicos.
6. Pelucas independientemente del motivo de la caída del cabello.

Procedimientos y Tratamientos

1. Eliminación de piel colgante en cualquier parte del cuerpo. Ejemplos incluyen procedimientos de cirugía plástica denominados abdominoplastia y braquioplastia.
2. Tratamiento médico y quirúrgico de sudoración excesiva (hiperhidrosis).
3. Tratamiento médico y quirúrgico del ronquido, excepto cuando se proporciona como parte del tratamiento de la apnea obstructiva del sueño documentada.
4. Servicios para la Rehabilitación y Servicios Quiroprácticos para mejorar la condición física general que se proporcionan a fin de reducir posibles factores de riesgo, donde no se espera una mejora, incluido el tratamiento de mantenimiento/preventivo, de rutina o a largo plazo.
5. Servicios para la rehabilitación para terapia del habla, excepto según se requiera para el tratamiento de una limitación del habla o disfunción del habla que sea consecuencia de lesión,

- derrame cerebral, cáncer, Anomalía Congénita o Trastorno del Espectro Autista.
6. Servicios para la habilitación para el mantenimiento/tratamiento preventivo.
 7. Terapia de rehabilitación cognitiva para pacientes ambulatorios, excepto según sea Medicamento Necesario luego de una Lesión cerebral postraumática o un accidente cerebrovascular o derrame cerebral.
 8. Tratamientos y procedimientos fisiológicos que generan los mismos efectos terapéuticos cuando se realizan en la misma región del cuerpo durante la misma visita o encuentro en el consultorio.
 9. Biorretroalimentación.
 10. Servicios para la evaluación y el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular, independientemente de si se considera que los servicios son médicos o dentales. Esta exclusión no se aplica a los Beneficios según se describe en Huesos o Articulaciones de la Mandíbula y de la Región Facial y Servicios Dentales - Anestesia y Hospitalización en la Sección Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.
 11. Cirugía del maxilar superior e inferior y alineación mandibular. Esta exclusión no se aplica a la cirugía de mandíbula reconstructiva requerida para usted a causa de una Anomalía Congénita, Lesión traumática aguda, dislocación, tumores, cáncer o apnea obstructiva del sueño. Esta exclusión no se aplica a los Beneficios según se describe en Huesos o Articulaciones de la Mandíbula y de la Región Facial y Servicios Dentales - Anestesia y Hospitalización en la Sección Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.
 12. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de la obesidad.
 13. Programas para dejar de fumar multidisciplinarios e independientes. Estos programas en general incluyen a proveedores del cuidado de la salud que se especializan en dejar de fumar y pueden incluir a un psicólogo, trabajador social u otros profesionales certificados o con licencia. Los programas en general incluyen apoyo psicológico intensivo, técnicas de modificación del comportamiento y medicamentos para controlar los deseos compulsivos.
 14. Cirugía de reducción de los senos, excepto si la cobertura es exigida por la *Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998*, para la cual los beneficios se describen en *Procedimientos Reconstructivos* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
 15. Pruebas serológicas de *Helicobacter pylori* (H. Pylori).
 16. Pruebas de micronutrientes intracelulares.
 17. Servicios para el cuidado de la salud que no sean de Emergencia proporcionados en el Departamento de Emergencias de un Hospital o Centro Alternativo.
 18. Circuncisión, excepto cuando se realiza dentro de los treinta (30) días desde el nacimiento o cuando es Medicamento Necesaria.
 19. Costos asociados con la cirugía o el cuidado médico y tratamiento de la disfunción eréctil, incluidos los implantes o las prótesis de pene, y la cirugía para insertar un implante o una prótesis de pene, independientemente de la causa de dicha disfunción eréctil. El reemplazo, la extracción o la reparación de un implante o prótesis previos están excluidos de la cobertura.

Proveedores

1. Servicios realizados por un proveedor que es familiar por nacimiento o matrimonio. Ejemplos incluyen cónyuge, hermano, hermana, padre, madre o hijos. Esto incluye cualquier servicio que el proveedor pueda realizarse a sí mismo.
2. Servicios realizados por un proveedor con su misma dirección legal.

3. Servicios proporcionados en un Centro Independiente o Centro de diagnóstico basado en un Hospital sin una orden escrita por un Médico u otro proveedor. Servicios que son autoindicados a un Centro Independiente o Centro de diagnóstico basado en un Hospital. Servicios indicados por un Médico u otro proveedor que sea empleado o representante de un Centro Independiente o Centro de diagnóstico basado en un Hospital, cuando ese Médico u otro proveedor cumpla con lo siguiente:
 - No haya estado involucrado en su cuidado médico antes de pedir el servicio; o
 - No esté involucrado en su cuidado médico después de recibido el servicio.

Esta exclusión no se aplica a mamografías.

Reproducción

1. Los siguientes servicios relacionados con una Portadora Gestacional o Madre Subrogada:
 - Todos los costos relacionados con las técnicas de reproducción, incluidos los siguientes:
 - ◆ Tecnología de reproducción asistida.
 - ◆ Inseminación artificial.
 - ◆ Inseminación intrauterina.
 - ◆ Obtención y transferencia de uno o más embriones.
 - Servicios para el cuidado de la salud, incluidos los siguientes:
 - ◆ Cuidado prenatal o cuidado preventivo para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.
 - ◆ Pruebas de detección o de diagnóstico.
 - ◆ Parto y cuidado posnatal.

La exclusión de los servicios para el cuidado de la salud indicados anteriormente no se aplica cuando la Portadora Gestacional o Madre Subrogada es una Persona Cubierta.
 - Todos los cargos, incluidos los siguientes:
 - ◆ Selección, contratación y compensación de una Portadora Gestacional o Madre Subrogada, incluidas las tarifas de la agencia de subrogación.
 - ◆ Primas del seguro para la Madre Subrogada.
 - ◆ Tarifas de viaje o transporte.
2. Los siguientes servicios relacionados con los servicios de donación de esperma, óvulos u ovocitos, o embriones (óvulos fecundados):
 - Óvulos donados: El costo de los óvulos de la donante, incluidos los costos médicos relacionados con la estimulación de la donante y la extracción de óvulos. Es posible que esta exclusión no se aplique a determinados procedimientos relacionados con las Tecnologías de Reproducción Asistida (Assisted Reproductive Technology, ART) como se describe en Servicios para el Tratamiento de la Infertilidad, incluido el costo de la fertilización (fecundación in vitro o inyección intracitoplasmática de espermatozoides), cultivo de embriones y transferencia de embriones.
 - Espermatozoides donados: El costo de la obtención y el almacenamiento de esperma del donante. Es posible que esta exclusión no se aplique a determinados procedimientos de inseminación según se describe en Servicios para el Tratamiento de la Infertilidad, incluidos

el descongelamiento y la inseminación.

3. Almacenamiento y recuperación de todos los materiales reproductivos. Ejemplos incluyen óvulos, espermatozoides, tejido testicular y tejido ovárico.
4. Reversión de una esterilización voluntaria.
5. Servicios para el cuidado de la salud y gastos relacionados con la interrupción del Embarazo quirúrgica, no quirúrgica o inducida por medicamentos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de un Embarazo molar, Embarazo ectópico o aborto diferido (comúnmente llamado aborto espontáneo).
7. Cirugía de reducción embrionaria.
8. Fecundación in vitro independientemente del motivo para el tratamiento.

Servicios Proporcionados bajo otro Plan

1. Servicios para el cuidado de la salud para los cuales la ley federal, estatal o local requiere que se compre otra cobertura o se proporcionen a través de otros acuerdos. Ejemplos incluyen cobertura requerida por el seguro de accidentes laborales o legislación similar.

Si la cobertura bajo el seguro de accidentes laborales o legislación similar es opcional para usted porque pudo elegirla, o pudo hacer que la eligieran para usted, los Beneficios no se pagarán para ninguna Lesión, Afección o Enfermedad Mental que hubiera estado cubierta bajo el seguro de accidentes laborales o legislación similar si se hubiera elegido dicha cobertura.

Se aplica cuando el diseño del plan incluye beneficios para la cobertura las 24 horas.

2. Servicios que se requieran como consecuencia de lesiones corporales accidentales sufridas en un accidente entre vehículos motorizados en la medida en que los servicios se puedan pagar en virtud del pago médico de una póliza de seguro automovilístico.
3. Servicios para el cuidado de la salud para el tratamiento de discapacidades relacionadas con servicio militar, cuando legalmente tenga derecho a otra cobertura y tenga establecimientos razonablemente a su disposición.
4. Servicios para el cuidado de la salud durante el servicio militar activo.

Trasplantes

1. Servicios para el cuidado de la salud para trasplantes de órganos y tejidos, excepto los descritos en *Servicios de Trasplante* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
2. Servicios para el cuidado de la salud conectados con la extirpación de un órgano o tejido de su cuerpo con el fin de trasplantarlo a otra persona. (Los costos del donante que están directamente relacionados con la extirpación del órgano se pagan para un trasplante a través de los Beneficios del receptor del órgano según el Plan.)
3. Servicios para el cuidado de la salud para trasplantes que involucran a órganos de animales.

Viajes

1. Servicios para el cuidado de la salud proporcionados en un país extranjero, a menos que se requieran como Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia.
2. Gastos de viaje o transporte, aunque estén recetados por un Médico. Pueden reembolsarse algunos gastos de viaje adicionales relacionados con los Servicios para el Cuidado de la Salud

Cubiertos recibidos de un Proveedor Designado a discreción del Administrador de Reclamos. Esta exclusión no se aplica al transporte en ambulancia, para lo cual los Beneficios se proporcionan según se describe en *Servicios de Ambulancia* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.

Tipos de Cuidados

1. Programas de manejo del dolor multidisciplinarios proporcionados a pacientes hospitalizados para el dolor punzante y repentino o para el empeoramiento del dolor a largo plazo.
2. Cuidado de Custodia o cuidado de mantenimiento.
3. Cuidado domiciliario.
4. Servicios de Enfermería Privada.
5. Relevo del cuidador. Esta exclusión no se aplica al relevo del cuidador para los cuales los Beneficios se proporcionan de acuerdo con lo descrito en *Servicios de Cuidados Paliativos* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
6. Curas de reposo.
7. Servicios de los auxiliares de cuidado personal.
8. Fortalecimiento para el trabajo (programas de tratamiento diseñados para que una persona vuelva al trabajo o preparar a una persona para un trabajo específico).

Vista y Audición

1. Costo y cargo por ajustes a anteojos y lentes de contacto.
2. Exámenes de la vista de rutina, incluidos exámenes refractivos para determinar la necesidad de corrección de la vista.
3. Lentes implantables utilizados solo para corregir un error refractivo (como implantes corneales *Intacs*).
4. Ejercicio para los ojos o terapia para la vista.
5. Cirugía con el objetivo de permitirle ver mejor sin anteojos u otra corrección de la vista. Algunos ejemplos incluyen la queratotomía radial, láser y otra cirugía de ojos refractiva.
6. Aparatos auditivos fijados al hueso, excepto cuando se aplica cualquiera de los siguientes casos:
 - Tiene anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un aparato auditivo para llevarlo puesto.
 - Tiene pérdida de la audición de gravedad suficiente como para no lograr una solución adecuada mediante el uso de un aparato auditivo.

Más de un aparato auditivo fijado al hueso por Persona Cubierta que cumpla con los criterios de cobertura anteriores durante todo el período en que esté inscrito en el Plan.

Reparaciones y reemplazo de un aparato auditivo fijado al hueso cuando cumple los criterios de cobertura anteriores, fuera del funcionamiento defectuoso.

Todas las Demás Exclusiones

1. Servicios para el cuidado de la salud y suministros que no cumplen con la definición de un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto. Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos son

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

aquellos servicios de salud, incluidos servicios, suministros o Productos Farmacéuticos, que el Administrador de Reclamos determina que reúnen todas las siguientes condiciones:

- Medicamento Necesario.
 - Descrito como un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en virtud de la sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos* y en la *Lista de Beneficios*.
 - No excluido de otro modo en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en *Exclusiones y Limitaciones*.
2. Exámenes físicos, psiquiátricos o psicológicos, pruebas, todo tipo de vacunas e inmunizaciones o tratamientos que, de lo contrario, están cubiertos por el Plan, cuando dichos servicios:
 - Son solicitados únicamente con fines escolares, deportivos o de campamento, de viaje, carrera o empleo, seguro, matrimonio o adopción.
 - Están relacionados con procedimientos u órdenes judiciales o administrativas. Esta exclusión no se aplica a los servicios que se determina que son Medicamento Necesarios.
 - Se llevan a cabo con fines de investigación médica. Esta exclusión no se aplica a Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos proporcionados durante un ensayo clínico para los cuales los Beneficios se proporcionan según lo descrito en *Ensayos Clínicos* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
 - Son necesarios para obtener o mantener una licencia de cualquier tipo.
 3. Servicios para el cuidado de la salud recibidos como consecuencia de una guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país. Esta exclusión no se aplica si usted es un civil herido o afectado de cualquier otro modo por la guerra, cualquier acto de guerra o terrorismo en zonas que no están en guerra.
 4. Servicios para el cuidado de la salud recibidos después de la fecha en que finaliza su cobertura según el Plan. Esto se aplica a todos los servicios para el cuidado de la salud, aunque el servicio para el cuidado de la salud sea requerido para tratar una condición médica que comenzó antes de la fecha en que finalizara la cobertura del Plan.
 5. Servicios para el cuidado de la salud que usted no tiene responsabilidad legal de pagar o por los cuales normalmente no se incurriría en un cargo en ausencia de cobertura según el Plan.
 6. En el caso de que un Proveedor fuera de la Red lo exima o no le cobre Copagos, Coseguro y cualquier deducible u otra cantidad adeudada por un servicio para el cuidado de la salud particular, no se proporcionan Beneficios para el servicio para el cuidado de la salud para el cual no se cobran los Copagos, el Coseguro o el Deducible.
 7. Cargos en exceso de la Cantidad Permitida o en exceso de cualquier limitación especificada.
 8. Almacenamiento a largo plazo (más de 30 días). Ejemplos incluyen criopreservación de tejidos, sangre y hemoderivados.
 9. Autopsia.
 10. Servicios de interpretación de idiomas o de lenguaje de señas ofrecidos por un proveedor de la Red o un proveedor fuera de la Red, o bien, que están obligados a proporcionar.
 11. Servicios para el cuidado de la salud relacionados con un Servicio para el Cuidado de la Salud no Cubierto: Cuando un servicio no es un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, todos los servicios relacionados con ese Servicio para el Cuidado de la Salud no Cubierto también están excluidos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que, de lo contrario, el Administrador de Reclamos determinaría que son Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos si el servicio sirve

para tratar complicaciones que surgen de un Servicio para el Cuidado de la Salud no Cubierto.

Con el propósito de esta exclusión, una “complicación” es una condición inesperada o imprevista que se superpone a una enfermedad existente y que afecta o modifica el pronóstico de la enfermedad o condición original. Ejemplos de una “complicación” sería sangrado o infecciones, luego de un Procedimiento Estético, que requieren hospitalización.

12. Servicios que no son proporcionados, coordinados ni autorizados previamente por el Administrador de Reclamos o por un Médico de Cuidado Primario, excepto en el caso de una Condición Médica de Emergencia, o para el acceso directo a los proveedores participantes según lo establecido en el Plan.
13. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico cuyo objetivo principal sea corregir complicaciones como resultado del incumplimiento voluntario y a sabiendas del plan de tratamiento indicado por el Médico por parte de la Persona Cubierta.
14. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico, o evaluaciones de las complicaciones que surjan de cualquier servicio no cubierto, incluidos los cargos del médico y del centro.
15. Medicamentos, suministros o equipos que la Persona Cubierta se lleva a su casa del Hospital u otro centro. Esta exclusión no se aplica a los Suministros para Ostomía proporcionados según se describe en Suministros para Ostomía, en la Sección Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.
16. Enfermedad o Lesión como consecuencia de su participación en las siguientes actividades:
 - Puentismo.
 - Paracaidismo.
 - Buceo en profundidades por debajo de 60 pies o buceo sin una certificación profesional previa (como la certificación PAD1).
 - Vuelo con ala delta.
 - Carreras de automóviles.
 - Alpinismo.
 - Escalada.
17. Gastos relacionados con una Persona cubierta que permanece en el Hospital, Centro de Enfermería Especializada u otro centro después del alta o de la fecha establecida por el Administrador de Reclamos o un Médico de la Red, después de enviar una notificación a la Persona Cubierta.
18. Cargos por servicios fuera de la Red que superen las Cantidades Permitidas.

Cómo Presentar un Reclamo

Procedimientos de Reclamo

Puede obtener un formulario de reclamo comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID. Si no tiene un formulario de reclamo, adjunte la factura de su proveedor a una carta de explicación breve. Verifique que la factura del proveedor tenga la *Información Necesaria* que aparece a continuación. Si falta cualquier *Información Necesaria* en la factura, puede incluirla en la carta.

¿Cómo se Pagan los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red?

Cuando recibe Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de un proveedor fuera de la Red, usted es responsable de solicitar el pago al Administrador de Reclamos. Debe presentar el reclamo en un formato que contenga toda la información que solicita el Administrador de Reclamos, según se describe a continuación.

Debe presentar una solicitud de pago de Beneficios en el plazo de 90 días desde la fecha del servicio. Si no entrega esta información al Administrador de Reclamos en el plazo de un año desde la fecha del servicio, rechazaremos o reduciremos los Beneficios para ese servicio para el cuidado de la salud, según lo determine el Administrador de Reclamos. Este límite de tiempo no se aplica si es una persona legalmente incapacitada. Si su reclamo se relaciona con una Estadía como Paciente Hospitalizado, la fecha del servicio es la fecha en que termina su Estadía como Paciente Hospitalizado.

¿Cómo se Pagan los Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios?

Si desea recibir el reembolso por un medicamento con receta, puede presentar un reclamo posterior al servicio, tal como se describe en esta Sección, si:

- Le piden que pague el costo total del Medicamento con Receta al momento de surtirlo y cree que el Plan debería haberlo pagado.
- Usted paga el Coseguro y cree que la cantidad que pagó fue incorrecta.

Si una farmacia (de venta minorista o de pedido por correo) no surte una receta que usted presentó y usted cree que es un Servicio de Salud Cubierto, puede presentar una solicitud de Beneficios previa al servicio, tal como se describe en esta Sección.

Información Necesaria

Cuando le solicita el pago de Beneficios al Administrador de Reclamos, debe enviarle toda la siguiente información:

- El nombre y la dirección del Participante.
- El nombre y la edad del paciente.
- El número que figura en su tarjeta de ID.
- El nombre y la dirección del proveedor del servicio o los servicios.
- El nombre y la dirección de cualquier Médico que haya solicitado el servicio.
- Un diagnóstico del Médico.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Una cuenta detallada de su proveedor que incluya los códigos de *Terminología de Procedimientos Actuales* (Current Procedural Terminology, CPT) o una descripción de cada cargo.
- La fecha en que comenzó la Lesión o Afección.
- Una declaración donde indique si está o no inscrito para la cobertura en virtud de cualquier otro plan o programa de salud. Si está inscrito en otra cobertura, debe incluir el nombre de la otra compañía de seguros.

La información anterior debe ser presentada ante el Administrador de Reclamos a la dirección que figura en su tarjeta de ID.

Pago de Beneficios

Usted no puede ceder sus Beneficios en virtud del Plan ni ninguna causa de acción relacionada con sus Beneficios en virtud del Plan a un proveedor fuera de la Red, sin el consentimiento del Administrador de Reclamos. Cuando no se obtiene una cesión, el Administrador de Reclamos le enviará el reembolso directamente al Participante para hacer el reembolso a un proveedor fuera de la Red. El Administrador de Reclamos se reserva el derecho, a su criterio, de procesar el pago del Plan a un proveedor fuera de la Red directamente por los servicios que le prestó. En el caso de cualquier cesión de Beneficios o pago a un proveedor fuera de la Red, el Plan tiene derecho a compensar los Beneficios que se pagarán al proveedor con cualquier cantidad que el proveedor le adeude al Plan.

Cuando cede sus Beneficios en virtud del Plan a un proveedor fuera de la Red con el consentimiento del Administrador de Reclamos, y el proveedor fuera de la Red presenta un reclamo de pago, usted y el proveedor fuera de la Red declaran y garantizan lo siguiente:

- Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos se brindaron realmente.
- Los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos fueron médicamente apropiados.

Cuando el Administrador de Reclamos no preste su consentimiento para la cesión, le enviará el reembolso directamente a usted (el Participante) para que reembolse al proveedor cuando reciba su factura. Sin embargo, el Administrador de Reclamos se reserva el derecho, a su criterio, de pagarle directamente al proveedor por los servicios prestados a usted. Para ejercer este derecho con respecto al pago, el Administrador de Reclamos podrá considerar el hecho de que usted haya solicitado que el pago de sus Beneficios se haga directamente al proveedor. Bajo ninguna circunstancia el Administrador de Reclamos le pagará Beneficios a otra persona que no sea usted o su proveedor, según lo determine a su criterio. El pago directo a un proveedor no se considerará un consentimiento de la cesión ni una renuncia al requisito de consentimiento por parte del Administrador de Reclamos. Cuando el Administrador de Reclamos, a su criterio, dirija el pago a un proveedor, usted seguirá siendo el beneficiario único de dicho pago y no convertirá en beneficiario al proveedor. Por consiguiente, los avisos requeridos por ley concernientes a sus Beneficios serán dirigidos a usted, aunque también se podrá enviar información concerniente a los Beneficios al proveedor, a criterio del Administrador de Reclamos. Si se realiza un pago a un proveedor, el Plan se reserva el derecho de compensar los Beneficios pagaderos al proveedor con cualquier cantidad que el proveedor adeude al Plan (incluidas las cantidades adeudadas como resultado de la cesión al Plan de derechos de recuperación del pago en exceso de otros planes), conforme a lo dispuesto en Reembolso de Pagos en Exceso, en la Sección *Disposiciones Legales Generales*.

Forma de Pago de Beneficios

El Pago de los Beneficios en virtud del Plan se hará en efectivo o con equivalentes al efectivo, o mediante otra contraprestación que el Administrador de Reclamos determine adecuada, a su criterio. Cuando los Beneficios sean pagaderos directamente a un proveedor, dicha contraprestación adecuada incluirá la condonación total o parcial de la cantidad que el proveedor adeude a otros planes por los que el Administrador de Reclamos realice pagos, si el Plan ha aceptado la cesión de derechos de recuperación de valor de los otros planes.

Preguntas, Quejas y Apelaciones

Para resolver una pregunta, queja o apelación, siga estos pasos:

¿Qué Hacer si Tiene una Pregunta?

Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID. Los representantes se encuentran disponibles para tomar su llamada de lunes a viernes durante el horario de atención habitual.

¿Qué Hacer si Tiene una Queja?

Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID. Los representantes se encuentran disponibles para tomar su llamada de lunes a viernes durante el horario de atención habitual.

Si desea enviar su queja por escrito al Administrador de Reclamos, el representante puede proporcionarle la dirección.

Si el representante no puede resolver el problema por teléfono, puede ayudarle a preparar y presentar una queja por escrito. El Administrador de Reclamos le notificará la decisión respecto de su queja en el plazo de 60 días desde recibida la queja.

¿Cómo Apelar una Decisión en torno a un Reclamo?

Reclamos Posteriores al Servicio

Los reclamos posteriores al servicio son los que se presentan para el pago de Beneficios después de recibido el cuidado médico.

Solicitudes de Beneficios Previas al Servicio

Las solicitudes de Beneficios previas al servicio son las que requieren preautorización o confirmación del beneficio antes de recibir el cuidado médico.

Cómo Solicitar una Apelación

Si no está de acuerdo con una determinación en torno a la solicitud de Beneficios previa al servicio, el reclamo posterior al servicio o la rescisión de una determinación de cobertura, puede comunicarse con el Administrador de Reclamos por escrito para solicitar una apelación.

Su solicitud de una apelación debe incluir lo siguiente:

- El nombre y número de identificación de la tarjeta de ID del paciente.
- La fecha o fechas del servicio médico (o servicios médicos).
- El nombre del proveedor.
- El motivo por el cual considera que debe pagarse el reclamo.
- Cualquier documentación u otra información por escrito para respaldar su solicitud de pago del reclamo.

Debe enviar la primera solicitud de apelación al Administrador de Reclamos en el plazo de 180 días después de recibir la denegación de una solicitud de Beneficios previa al servicio o de la denegación del reclamo.

Para los reclamos médicos, la dirección para apelaciones es:

UnitedHealthcare - Appeals

P.O. Box 30432,

Salt Lake City, Utah 84130-0432

Proceso de Apelación

Para decidir sobre la apelación, se elegirá a un individuo calificado que no estuvo involucrado en la decisión que está apelando. Si su apelación se relaciona con cuestiones clínicas, la revisión se realiza en consulta con un profesional de cuidado de la salud con pericia adecuada en el área, que no se haya involucrado en la determinación previa. El Administrador de Reclamos puede consultar a expertos médicos o pedirles que participen en el proceso de apelación. Usted presta su consentimiento a esta referencia y a la divulgación de la información del reclamo médico necesaria. Cuando lo solicite y de manera gratuita, tiene el derecho a obtener un acceso razonable a los documentos, registros y otra información relacionada con su reclamo por Beneficios, y a sus copias. Si el Administrador de Reclamos se respalda en cualquier evidencia nueva o adicional, o bien, si genera evidencia, durante la determinación de la apelación, el Administrador de Reclamos se la entregará de manera gratuita y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la determinación adversa sobre beneficios.

Determinaciones de Apelaciones

Apelaciones sobre Solicitudes de Beneficios Previas al Servicio y Reclamos Posteriores al Servicio

En el caso de los procedimientos relacionados con solicitudes urgentes de Beneficios, consulte la Sección *Apelaciones Urgentes que Requieren Acción Inmediata* a continuación.

Recibirá una notificación escrita o electrónica de la decisión sobre su apelación según se describe a continuación:

- Para las apelaciones de solicitudes de Beneficios previas al servicio según lo definido anteriormente, se llevará a cabo la apelación de primer nivel y usted recibirá una notificación sobre la decisión en el plazo de 15 días desde la recepción de una solicitud de apelación por una solicitud de Beneficios denegada. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de primer nivel, tiene derecho a solicitar una apelación de segundo nivel. Esta solicitud debe presentarse al Administrador de Reclamos dentro de los 60 días a partir de la recepción de la decisión sobre la apelación de primer nivel. Luego se realizará la apelación de segundo nivel y usted recibirá la notificación de la decisión dentro de los 15 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de una apelación de primer nivel.
- Para las apelaciones de reclamos posteriores al servicio según lo definido anteriormente, se llevará a cabo la apelación y usted recibirá una notificación sobre la decisión en el plazo de 30 días desde la recepción de una solicitud de apelación por un reclamo denegado. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de primer nivel, tiene derecho a solicitar una apelación de segundo nivel. Esta solicitud debe presentarse al Administrador de Reclamos dentro de los 60 días a partir de la recepción de la decisión sobre la apelación de primer nivel. Luego se realizará la apelación de segundo nivel y usted recibirá la notificación de la decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de una apelación de primer nivel.

Tenga en cuenta que la decisión del Administrador de Reclamos solo depende de si los Beneficios están disponibles o no, en virtud del Plan, para el procedimiento o tratamiento propuesto.

Es posible que tenga derecho a una revisión externa a través de una *Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO)* luego de la finalización del proceso de apelación

interno. Las instrucciones respecto de dichos derechos, y cómo acceder a ellos, serán proporcionadas en la carta que le enviaremos con la decisión.

Previa solicitud por escrito, todas las Personas Cubiertas pueden examinar, sin cargo, los documentos relacionados con su reclamo o apelación. Las Personas Cubiertas también pueden presentar evidencia, opiniones y comentarios como parte del proceso de revisión interna de reclamos. El Administrador de Reclamos revisará todos los reclamos según las reglas que establece el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. La Persona Cubierta recibirá lo siguiente automáticamente, sin cargo y lo suficientemente antes de la fecha en que deba emitirse el aviso interno de determinación de beneficios adversa final: (i) cualquier evidencia nueva o adicional que el Plan haya tenido en cuenta, en la que se haya basado o generada por este en relación con el reclamo; y, (ii) una oportunidad razonable para cualquier Persona Cubierta de responder a esta nueva evidencia o fundamentos.

Apelaciones Urgentes que Requieren Acción Inmediata

Su apelación puede requerir acción urgente si un retraso en el tratamiento podría aumentar el riesgo para su salud o la capacidad de volver a tener un funcionamiento óptimo, o bien, podría provocar dolor grave. En estas situaciones urgentes, sucede lo siguiente:

- No es necesario presentar la apelación por escrito. Usted o su Médico deben llamar al Administrador de Reclamos lo antes posible.
- El Administrador de Reclamos le enviará una determinación escrita o electrónica dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud para revisar la determinación teniendo en cuenta la gravedad de su condición.
- Si el Administrador de Reclamos necesita más información por parte de su Médico para tomar una decisión, le notificará la decisión al final del próximo día hábil después de la recepción de la información necesaria.

El proceso de apelación para situaciones urgentes no se aplica a los tratamientos, las terapias o las cirugías planificados de antemano.

Programa Federal de Revisión Externa

Usted puede tener derecho a solicitar una revisión externa de la determinación del Administrador de Reclamos después de haber agotado sus apelaciones internas, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Usted no está satisfecho con la determinación que tomó el Administrador de Reclamos.
- El Administrador de Reclamos no responde a su apelación dentro del plazo requerido por las reglamentaciones vigentes.

Si se cumple una de las condiciones anteriores, puede solicitar una revisión externa de las determinaciones adversas de beneficios sobre la base de cualquiera de los siguientes motivos:

- Motivos clínicos.
- Las exclusiones para Servicios Experimentales, en Investigación o No Comprobados.
- La rescisión de la cobertura (cobertura cancelada o discontinuada retroactivamente).
- Según lo determinado de otra manera por la ley aplicable.

Para solicitar una revisión externa estándar, usted o su representante podrán enviarnos una solicitud por escrito a la dirección que se encuentra en la carta de determinación. Para solicitar una revisión externa agilizada (en situaciones urgentes como las que se detallan a continuación), usted o su representante podrán llamar al Administrador de Reclamos al número que figura en su tarjeta de ID o enviar una

solicitud por escrito a la dirección que aparece en la carta de determinación. Debe realizarse una solicitud en el plazo de cuatro meses desde la fecha en que recibió la decisión final de apelación del Administrador de Reclamos.

Una solicitud de revisión externa debe incluir todo lo siguiente:

- Una solicitud específica de revisión externa.
- Su nombre, dirección, y su número de identificación del seguro.
- El nombre y la dirección de su representante designado, en caso de que corresponda.
- El servicio que se denegó.
- Cualquier información nueva y relevante que no se haya proporcionado durante la apelación interna.

La revisión externa será llevada a cabo por una *Organización de Revisión Independiente (IRO)*. El Administrador de Reclamos ha celebrado acuerdos con tres o más *Organizaciones de Revisión Independientes* que han acordado realizar dichas revisiones. Existen dos tipos de revisiones externas disponibles:

- Revisión externa estándar.
- Revisión externa agilizada.

Revisión Externa Estándar

Una revisión externa estándar incluye todo lo siguiente:

- Una revisión preliminar de la solicitud por parte del Administrador de Reclamos.
- Una referencia de la solicitud por parte del Administrador de Reclamos a la *Organización de Revisión Independiente*.
- Una decisión por parte de la *Organización de Revisión Independiente*.

Después de la recepción de la solicitud, el Administrador de Reclamos realizará una revisión preliminar, dentro del plazo correspondiente, para determinar si la persona para quien se presentó la solicitud reúne todos los siguientes requisitos:

- Está o estaba cubierta en virtud del Plan al momento en que se prestó el servicio o procedimiento para el cuidado de la salud en cuestión.
- Ha agotado el proceso de apelación interno correspondiente.
- Ha entregado toda la información y los formularios necesarios para que el Administrador de Reclamos pueda procesar la solicitud.

Después de que el Administrador de Reclamos complete esta revisión, le enviará una notificación por escrito. Si la solicitud cumple los requisitos para una revisión externa, el Administrador de Reclamos asignará una *Organización de Revisión Independiente* para la realización de dicha revisión. El Administrador de Reclamos asignará las solicitudes rotando las asignaciones de reclamos entre las *Organizaciones de Revisión Independientes* o utilizando un proceso de selección al azar.

La *Organización de Revisión Independiente* le notificará por escrito que la solicitud cumple los requisitos y ha sido aceptada para la revisión externa y, si es necesario, le pedirá cualquier información adicional necesaria para llevar a cabo la revisión externa. En general, deberá presentar la información adicional por escrito a la *Organización de Revisión Independiente* en un plazo de diez días hábiles después de la fecha de recepción de la solicitud de información adicional por parte de la *Organización de Revisión*

Independiente. La *Organización de Revisión Independiente* no está obligada a aceptar y considerar la información adicional que presente después de diez días hábiles, pero puede hacerlo.

El Administrador de Reclamos proporcionará a la *Organización de Revisión Independiente* asignada los documentos y la información analizada para tomar la determinación del Administrador de Reclamos. Los documentos incluyen los siguientes:

- Todos los registros médicos relevantes.
- Todos los demás documentos que el Administrador de Reclamos haya tenido en cuenta.
- Toda la demás información o evidencia que haya presentado su Médico. Si existe cualquier información o evidencia que usted o su Médico deseen presentar y que no fueron presentadas previamente, puede incluirlas en la solicitud de revisión externa. El Administrador de Reclamos las incluirá con los documentos enviados a la *Organización de Revisión Independiente*.

Al tomar una decisión, la *Organización de Revisión Independiente* revisará el reclamo como si fuera un reclamo nuevo y no estará sujeto a ninguna decisión o conclusión a las que haya llegado el Administrador de Reclamos. La *Organización de Revisión Independiente* proporcionará un aviso por escrito con su determinación (la "*Decisión Final de la Revisión Externa*") en el plazo de 45 días después de que reciba la solicitud de revisión externa (a menos que solicite tiempo adicional y usted esté de acuerdo). La *Organización de Revisión Independiente* les entregará el aviso de la *Decisión Final de la Revisión Externa* a usted y al Administrador de Reclamos, e incluirá los motivos clínicos de la determinación.

Si el Administrador de Reclamos recibe una *Decisión Final de la Revisión Externa* que revierta su determinación, el Administrador de Reclamos proporcionará la cobertura o el pago de los Beneficios del reclamo en cuestión según los términos y condiciones del Plan, y cualquier ley vigente sobre reparaciones del plan. Si la *Decisión Final de la Revisión Externa* está de acuerdo con la determinación, el Administrador de Reclamos no estará obligado a proveer Beneficios para el servicio para el cuidado de la salud o procedimiento.

Revisión Externa Agilizada

Una revisión externa agilizada es similar a una revisión externa estándar. La principal diferencia entre las dos es que los períodos para la finalización de determinadas partes del proceso de revisión son mucho más cortos para la revisión externa agilizada y, en algunos casos, puede presentar una revisión externa agilizada antes de completar el proceso de apelación interno.

Puede presentar una solicitud escrita o verbal para una revisión externa agilizada, por separado o al mismo tiempo en que presentó una solicitud para una apelación interna agilizada, si recibe alguna de las siguientes:

- Una determinación de beneficios adversa de un reclamo o una apelación que implica una condición médica en la que el plazo para completar una apelación interna agilizada pondría en peligro lo siguiente:
 - La vida o la salud de la persona.
 - La capacidad de la persona para recobrar las funciones óptimas.

Además, debe haber presentado una solicitud para una apelación interna agilizada.

- Una decisión de apelación que cumple los siguientes requisitos:
 - Implica una condición médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar podría poner en peligro la vida o la salud de la persona, o su capacidad para recobrar las funciones óptimas.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Implica una admisión, la disponibilidad de cuidado, la estadía continua o un servicio para el cuidado de la salud, procedimiento o producto por los que la persona recibió servicios de cuidado de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.

Inmediatamente después de recibida la solicitud, el Administrador de Reclamos determinará si la persona reúne los dos siguientes requisitos:

- Está o estaba cubierta en virtud del Plan al momento en que se prestó el servicio o procedimiento para el cuidado de la salud en cuestión.
- Ha entregado toda la información y los formularios necesarios para que el Administrador de Reclamos pueda procesar la solicitud.

Después de que el Administrador de Reclamos complete la revisión, le enviará un aviso por escrito. Luego de llegar a la determinación de que una solicitud cumple los requisitos para una revisión externa agilizada, el Administrador de Reclamos asignará una *Organización de Revisión Independiente* de la misma manera que asigna las revisiones externas estándar a las *Organizaciones de Revisión Independientes*. El Administrador de Reclamos entregará todos los documentos y la información necesarios que consideró al tomar la determinación de beneficios adversa o la determinación final de beneficios adversa a la *Organización de Revisión Independiente* asignada en formato electrónico, por teléfono, por fax o mediante cualquier otro método disponible oportunamente. La *Organización de Revisión Independiente*, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la *Organización de Revisión Independiente* los considere apropiados, debe considerar el mismo tipo de información y documentos que se tienen en cuenta en una revisión externa estándar.

Al tomar una decisión, la *Organización de Revisión Independiente* revisará el reclamo como si fuera un reclamo nuevo y no estará sujeto a ninguna decisión o conclusión a las que haya llegado el Administrador de Reclamos. En el caso de una revisión externa agilizada, la *Organización de Revisión Independiente* proporcionará un aviso sobre la decisión final de la revisión externa tan rápidamente como lo requiera la condición médica o las circunstancias del solicitante, pero en ningún caso después de 72 horas desde que la *Organización de Revisión Independiente* reciba la solicitud. Si la decisión final de la revisión externa de la Organización de Revisión Independiente se comunicó por primera vez verbalmente, la *Organización de Revisión Independiente* hará un seguimiento con una confirmación por escrito de la decisión en un plazo de 48 horas desde la comunicación verbal.

Para obtener más información respecto de los derechos de revisión externa o si desea realizar una solicitud verbal para una revisión externa agilizada, puede llamar al Administrador de Reclamos al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Solicitud de Beneficios para Cuidado de Urgencia*	
Tipo de Solicitud de Beneficios o Apelación	Plazo
Si su solicitud de Beneficios está incompleta, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	24 horas
Luego, debe presentar la solicitud completa para los Beneficios al Administrador de Reclamos en el plazo de:	48 horas después de recibir el aviso de que se requiere información adicional
El Administrador de Reclamos debe notificarle la determinación de beneficios en el plazo de:	72 horas

Solicitud de Beneficios para Cuidado de Urgencia*	
Si el Administrador de Reclamos deniega su solicitud de Beneficios, usted debe apelar la determinación de beneficios adversa en un plazo máximo de:	180 días después de recibir la determinación de beneficios adversa
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación en el plazo de:	72 horas después de recibir la apelación

*Para el cuidado de urgencia, no es necesario presentar las apelaciones por escrito. Para apelar una solicitud de Beneficios para cuidado de urgencia, debe llamar al Administrador de Reclamos lo antes posible.

Solicitud de Beneficios Previa al Servicio*	
Tipo de Solicitud de Beneficios o Apelación	Plazo
Si su solicitud de Beneficios se presenta de manera incorrecta, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	5 días
Si su solicitud de Beneficios está incompleta, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	15 días
Luego, debe presentar la solicitud completa para los Beneficios con su información al Administrador de Reclamos en el plazo de:	45 días
El Administrador de Reclamos debe notificarle la determinación de beneficios:	
<ul style="list-style-type: none"> si la solicitud inicial de Beneficios está completa, en el plazo de: 	15 días
<ul style="list-style-type: none"> luego de recibir la solicitud de Beneficios completa (si la solicitud inicial estaba incompleta), en el plazo de: 	15 días
Usted deberá apelar una determinación de beneficios adversa en un plazo máximo de:	180 días después de recibir la determinación de beneficios adversa
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación de primer nivel en el plazo de:	15 días después de recibir la apelación de primer nivel
Usted deberá apelar la apelación de primer nivel (presentar una apelación de segundo nivel) en el plazo de:	60 días después de recibir la decisión de la apelación de primer nivel
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación de segundo nivel en el plazo de:	15 días después de recibir la apelación de segundo nivel

*El Administrador de Reclamos podrá requerir una extensión de no más de 15 días, por única vez, para la determinación inicial de un reclamo, solo si necesita más tiempo debido a circunstancias que están fuera del control del Plan.

Reclamos Posteriores al Servicio	
Tipo de Reclamo o Apelación	Plazo
Si su reclamo está incompleto, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	30 días
Luego, debe presentar el reclamo completo con su información al Administrador de Reclamos en el plazo de:	45 días
El Administrador de Reclamos debe notificarle la determinación de beneficios:	
<ul style="list-style-type: none"> • si el reclamo inicial está completo, en el plazo de: 	30 días
<ul style="list-style-type: none"> • después de recibir el reclamo completo (si el reclamo inicial estaba incompleto), en el plazo de: 	30 días
Usted deberá apelar una determinación de beneficios adversa en un plazo máximo de:	180 días después de recibir la determinación de beneficios adversa
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación de primer nivel en el plazo de:	30 días después de recibir la apelación de primer nivel
Usted deberá apelar la apelación de primer nivel (presentar una apelación de segundo nivel) en el plazo de:	60 días después de recibir la decisión de la apelación de primer nivel
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación de segundo nivel en el plazo de:	30 días después de recibir la apelación de segundo nivel

Coordinación de los Beneficios

Los Beneficios cuando Tiene la Cobertura de Más de Un Plan

Esta sección describe cómo se coordinarán los Beneficios en virtud de este Plan con los de cualquier otro plan que le proporcione beneficios.

¿Cuándo se Aplica la Coordinación de los Beneficios?

Esta disposición de *Coordinación de los Beneficios (Coordination of Benefits, COB)* se aplica en los casos en que usted está cubierto por más de un plan de beneficios de salud, incluido cualquiera de los siguientes:

- Un plan de beneficios de salud patrocinado por otro empleador.
- Un componente de servicios médicos de un plan grupal de cuidado a largo plazo, como cuidado de enfermería especializada.
- Beneficios para pagos médicos de un seguro que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o un seguro tradicional, o beneficios de protección por lesiones personales en virtud de una póliza de seguro de automóvil.
- Beneficios para pagos médicos en virtud de un seguro de responsabilidad por instalaciones u otros tipos de cobertura de responsabilidad civil ante terceros.
- Medicare u otro beneficio de salud gubernamental.

Si se proporciona cobertura en dos o más planes, la Coordinación de los Beneficios determinará qué plan es primario y cuál es secundario. El plan considerado primario paga beneficios en primer lugar, independientemente de la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos de los gastos. Los gastos restantes pueden ser pagados en virtud del otro plan, el cual se considera secundario. El plan secundario puede determinar sus beneficios basándose en los beneficios que pague el plan primario. La cantidad que le reembolse este Plan, si la hubiere, también dependerá, en parte, del gasto permitido. El término “gasto permitido” se explica con más detalle a continuación.

¿Cuáles son las Reglas para Determinar el Orden de Pago de los Beneficios?

Orden de las Reglas de Determinación de Beneficios

Si está cubierto por dos o más planes, el pago de beneficios seguirá las reglas que se encuentran a continuación en el siguiente orden:

- Este Plan siempre será secundario a la cobertura de pagos médicos o a la cobertura de protección por lesiones personales de una póliza de seguro que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o de responsabilidad civil ante terceros para automóvil.
- Cuando tenga cobertura en virtud de dos o más planes médicos y solo uno de los planes tenga disposiciones de Coordinación de los Beneficios, el plan que no tenga dichas disposiciones pagará beneficios en primer lugar.
- El plan que cubre a la persona como empleado paga beneficios antes que el plan que cubre a la persona como dependiente.
- Si tiene continuación de la cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) en el plan de otro

empleador, este Plan pagará Beneficios en primer lugar.

- Sus hijos dependientes recibirán la cobertura primaria del padre cuya fecha de nacimiento ocurra primero en el año calendario. Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, el plan que pague beneficios primero será el que haya estado en vigencia más tiempo. La regla de la fecha de nacimiento solo se aplica si se cumple lo siguiente:
 - Los padres están casados o viven juntos independientemente de haberse casado o no, y no se encuentran legalmente separados.
 - Una resolución judicial otorga la custodia conjunta sin especificar que una de las partes tiene la responsabilidad de proporcionar cobertura para el cuidado de la salud.
- Si dos o más planes cubren a un hijo dependiente de padres separados o divorciados y no hay una resolución judicial que establezca que uno de los padres es responsable del cuidado de la salud, el hijo estará cubierto por el plan de:
 - El padre que tenga la custodia del menor; luego
 - El Cónyuge del padre que tenga la custodia del menor; luego
 - El padre que no tenga la custodia del menor; luego
 - El Cónyuge del padre que no tenga la custodia del menor.
- Los planes de empleados activos pagan antes que los planes que cubren a empleados jubilados o despedidos.
- El plan que haya cubierto a la persona solicitante durante más tiempo pagará en primer lugar.
- Por último, si ninguna de las reglas anteriores determina cuál de los planes es primario o secundario, los gastos permitidos se dividirán en partes iguales entre los planes que cumplan la definición de Plan. Además, este Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiese sido el Plan primario.

¿Cómo se Pagan los Beneficios Cuando Este Plan es Secundario?

Si este Plan es secundario, determinará la cantidad que pagará por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos mediante los pasos que figuran a continuación.

- El Plan determinará la cantidad que habría pagado en función del gasto permitido.
- Si este Plan hubiese pagado la misma cantidad o menos que la cantidad pagada por el plan principal, este Plan no paga Beneficios.
- Si este Plan hubiese pagado una cantidad superior a la pagada por el plan principal, el Plan pagará la diferencia.

Usted será responsable del pago de cualquier Copago, Coseguro o Deducible correspondiente que forme parte del pago de Coordinación de los Beneficios. El pago máximo combinado que puede recibir de todos los planes puede ser inferior al 100% del gasto permitido.

¿Cómo se Determina el Gasto Permitido cuando este Plan es Secundario?

Cómo se Determina el Gasto Permitido Si este Plan es Secundario

¿Qué es un gasto permitido? A los fines de la Coordinación de los Beneficios, un gasto permitido es un gasto de cuidado de la salud que está cubierto, al menos en parte, por uno de los planes de beneficios de salud que le brindan cobertura a usted.

Cuando el proveedor es un proveedor de la Red del plan primario y de este Plan, el gasto permitido será la tarifa de la Red del plan primario. Cuando el proveedor es un proveedor de la Red del plan primario y un proveedor fuera de la Red de este Plan, el gasto permitido será la tarifa de la Red del plan primario. Cuando el proveedor es un proveedor fuera de la Red del plan primario y un proveedor de la Red de este Plan, el gasto permitido será el cargo razonable y habitual permitido por el plan primario. Cuando el proveedor es un proveedor fuera de la Red del plan primario y de este Plan, el gasto permitido será el cargo razonable y habitual más alto de los dos Planes. Si este es un Plan secundario a Medicare, consulte el análisis de la sección a continuación titulada “*Cómo se Determina el Gasto Permitido cuando el Plan es Secundario a Medicare*”.

¿Cuáles son las Diferencias Cuando Califica para Medicare?

Cómo se Determina Cuál es el Plan Primario Cuando Califica para Medicare

Según lo permita la ley, este Plan pagará Beneficios secundarios a Medicare cuando usted cumpla los requisitos de Medicare, incluso si no lo eligió. Sin embargo, hay personas que cumplen los requisitos de Medicare para quienes el Plan paga Beneficios primero y Medicare lo hace en segundo lugar:

- Empleados mayores de 65 años cuyo estado de empleo actual sea activo, y cuyo Cónyuge sea mayor de 65 años (sin embargo, las Parejas de Unión Libre están excluidas, según lo establece Medicare).
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal, durante un período limitado.
- Personas discapacitadas menores de 65 años con estado de empleo actual y sus Dependientes menores de 65 años.

Cómo se Determina el Gasto Permitido Cuando el Plan es Secundario a Medicare

Si este Plan es secundario a Medicare, la cantidad aprobada de Medicare será el gasto permitido, siempre y cuando el proveedor acepte el reembolso directamente de Medicare. Si el proveedor acepta el reembolso directamente de Medicare, la cantidad aprobada de Medicare será el cargo que Medicare haya determinado que reconocerá y que se informe en la “explicación de Beneficios de Medicare” emitida por Medicare (explanation of Medicare benefits, EOMB) por un determinado servicio. Por lo general, Medicare reembolsa a estos proveedores un porcentaje de su cargo aprobado (con frecuencia el 80%).

Si el proveedor no acepta la cesión de sus Beneficios de Medicare, el gasto permitido será el cargo límite de Medicare (lo máximo que un proveedor puede cobrarle si no acepta Medicare; por lo general, el 115% de la cantidad aprobada por Medicare). Los pagos de Medicare, combinados con los Beneficios del Plan, no excederán el 100% del gasto permitido.

Si usted cumple los requisitos, pero no está inscrito en Medicare, y este Plan es secundario a Medicare, o si está inscrito en Medicare pero elige recibir servicios de un proveedor que no participa en el programa Medicare (a diferencia de un proveedor que no acepta la cesión de Beneficios de Medicare), los Beneficios se pagarán en segundo lugar en virtud de este Plan y se determinarán como si se hubiera inscrito de forma oportuna en Medicare y hubiera recibido servicios de un proveedor Participante de Medicare.

Al calcular los Beneficios del Plan en estas situaciones, y en los casos en que Medicare no emita una información de pagos de Medicare, para fines prácticos administrativos, el Administrador de Reclamos tratará los cargos facturados por el proveedor por los servicios cubiertos como el gasto permitido tanto del Plan como de Medicare, y no como la cantidad aprobada de Medicare o el cargo límite de Medicare.

Programa de Entrecruzamiento con Medicare

El Plan ofrece un Programa de Entrecruzamiento con Medicare para los reclamos de la Parte A y la Parte B de Medicare, y de Equipo Médico Duradero (DME). Con este programa, ya no tiene que

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

presentar reclamos por separado al Plan para recibir Beneficios secundarios por este tipo de gastos. Para sus Dependientes también se hará un entrecruzamiento automático, siempre y cuando cumplan los requisitos de Medicare y este Plan sea su única cobertura médica secundaria.

Luego de que la compañía de seguros de la Parte A y la Parte B de Medicare y de Equipo Médico Duradero reembolse a su proveedor de cuidado de la salud, la compañía de seguros de Medicare presentará de manera electrónica la información necesaria para que el Administrador de Reclamos procese el saldo del reclamo en virtud de las disposiciones de este Plan.

Usted podrá verificar que el entrecruzamiento automático se realizó cuando la explicación de Beneficios (EOMB) de Medicare indique que su reclamo fue enviado a la compañía de seguros secundaria.

Este proceso de entrecruzamiento no se aplica a los gastos conforme a la Parte A de Medicare (gastos de hospital), a los gastos conforme a la Parte B (visitas al consultorio del Médico) ni a los gastos de Medicare por Equipo Médico Duradero o gastos que Medicare no cubre. Para este tipo de gastos, deberá continuar presentando reclamos.

Para obtener información sobre la inscripción o si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

¿Quién Tiene Derecho a Recibir y Divulgar Información Necesaria?

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura de cuidado de la salud y los servicios para aplicar estas reglas de Coordinación de los Beneficios y para determinar los Beneficios pagaderos en virtud de este Plan y otros planes. Es posible que el Administrador de Reclamos obtenga los datos que necesita de otras organizaciones o personas, o que se los entregue a estas, con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos en virtud de este Plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios.

El Administrador de Reclamos no necesita informar a nadie, ni obtener su consentimiento, para hacerlo. Cada persona que reclame beneficios de este plan deberá proporcionarle al Administrador de Reclamos los datos que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos. Si no proporciona la información que el Administrador de Reclamos necesita para aplicar estas reglas y determinar los Beneficios pagaderos, se denegará su reclamo de Beneficios.

¿Tiene este Plan el Derecho de Recuperación?

Pago en Exceso y Pago Insuficiente de Beneficios

Si está cubierto por más de un plan médico, existe la posibilidad de que el otro plan pague un Beneficio que debía haber pagado este Plan. Si esto sucede, el Plan puede pagarle al otro plan la cantidad adeudada.

Si el Plan le paga una cantidad mayor que la que adeuda en virtud de esta disposición de Coordinación de los Beneficios, usted deberá devolver el excedente rápidamente. De lo contrario, el Patrocinador del Plan podrá recuperar dicha cantidad a través de salarios, sueldos o beneficios pagaderos en virtud de cualquier plan de beneficios financiado por el Patrocinador del Plan, incluido este Plan. El Patrocinador del Plan también se reserva el derecho de recuperar cualquier pago en exceso mediante acciones legales o pagos compensatorios de Gastos Aprobados en el futuro.

Si el Plan le paga en exceso a un proveedor de cuidado de la salud, el Administrador de Reclamos se reserva el derecho de recuperar la cantidad excedente del proveedor, conforme a lo dispuesto en *Reembolso de Pagos en Exceso*, a continuación.

Reembolso de Pagos en Exceso

Si el Plan paga Beneficios por gastos incurridos a su nombre, usted o cualquier otra persona u organización que haya recibido el pago deben realizar un reembolso al Plan si se dan las siguientes

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

condiciones:

- La obligación de pagar Beneficios por parte del Plan estaba supeditada a que los gastos incurridos fueran legalmente adeudados y pagados por usted, pero usted no pagó una parte o la totalidad de los gastos o no tenía la obligación legal de pagarlos.
- La totalidad o parte del pago que realizó el Plan excedió los Beneficios en virtud del Plan.
- La totalidad o parte del pago se realizó por error.

La cantidad que se debe reembolsar equivale a la cantidad pagada por el Plan en exceso de la cantidad que debió haberse pagado en virtud del Plan. Si el reembolso es adeudado por otra persona u organización, usted acepta ayudar al Plan a obtener el reembolso cuando así se le solicite.

Si usted adeuda el reembolso y no reembolsa rápidamente la cantidad total adeudada, el Plan podrá recuperar el pago en exceso reasignando la cantidad pagada en exceso para pagar, de forma total o parcial, sus futuros Beneficios que sean pagaderos en virtud del Plan. Si el reembolso es adeudado por una persona u organización que no sea usted, es posible que el Plan recupere el pago en exceso mediante la reasignación de la cantidad pagada en exceso para pagar, de forma total o parcial, (i) Beneficios futuros que se pagan con relación a servicios prestados a otras Personas Cubiertas en virtud del Plan; o (ii) Beneficios futuros que se pagan con relación a servicios prestados a personas en virtud de otros planes por los que el Administrador de Reclamos realice pagos, conforme a una transacción en la que los derechos de recuperación del pago en exceso del Plan se ceden a los otros planes a cambio de un pago por la cantidad del pago reasignado de dicho plan. La cantidad del pago reasignado tendrá las siguientes características:

- será igual a la cantidad del reembolso exigido;
- si es inferior a la cantidad total del reembolso exigido, se deducirá de la cantidad del reembolso adeudado al Plan.

El Plan puede tener otros derechos además del derecho a reasignar cantidades pagadas en exceso y otros derechos enumerados, incluido el derecho a entablar acciones legales.

Disposiciones Legales Generales

¿Cuál es su Relación con el Administrador de Reclamos y el Patrocinador del Plan?

Es importante que entienda el rol del Administrador de Reclamos con respecto al Plan y cómo puede afectarlo a usted. El Administrador de Reclamos ayuda a administrar el pago de reclamos para el Plan del Patrocinador del Plan en el que está inscrito. El Administrador de Reclamos y el Patrocinador del Plan no proporcionan servicios médicos ni toman decisiones de tratamiento. Esto significa lo siguiente:

- El Administrador de Reclamos le comunica decisiones sobre si el Plan cubrirá o pagará el cuidado de la salud que puede recibir. El Plan paga los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, que se describen en mayor detalle en este *CERTIFICADO DE COBERTURA*.
- Es posible que el Plan no pague todos los tratamientos que usted o su Médico puedan considerar necesarios. Si el Plan no paga, usted será responsable del costo.

El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos pueden usar información de identificación personal sobre usted para encontrar procedimientos, productos o servicios que puede encontrar de utilidad (exclusivamente en su caso). El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos usarán la información de identificación personal sobre usted según lo permita o exija la ley, inclusive en las operaciones e investigaciones del Administrador de Reclamos. El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos usarán datos anónimos para fines comerciales, incluidas las investigaciones.

Consulte el *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Administrador de Reclamos para obtener más detalles.

¿Cuál es la Relación del Administrador de Reclamos con los Proveedores y Patrocinadores del Plan?

Las relaciones entre el Administrador de Reclamos y los proveedores de la Red y Patrocinadores del Plan son relaciones únicamente contractuales entre contratistas individuales. Los proveedores de la Red y Patrocinadores del Plan no son agentes ni empleados del Administrador de Reclamos. Ni el Administrador de Reclamos ni ninguno de sus empleados son agentes o empleados de los proveedores de la Red o del Patrocinador del Plan.

Los Patrocinadores del Plan y el Administrador de Reclamos no proporcionan servicios para el cuidado de la salud o suministros, ni practican la medicina. Los Patrocinadores del Plan y el Administrador de Reclamos coordinan que los proveedores de cuidado de la salud participen en una Red y el Administrador de Reclamos procesa el pago de Beneficios por parte del Plan. Los proveedores de la Red son profesionales independientes que administran sus propios consultorios y centros. El proceso de acreditación del Administrador de Reclamos confirma la información pública sobre las licencias y otras credenciales de los proveedores. Esto no garantiza la calidad de los servicios prestados. Los proveedores de la Red no son empleados del Patrocinador del Plan. Los proveedores de la Red no son empleados del Administrador de Reclamos. El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos no tienen otra relación con los proveedores de la Red, como mandante-agente o sociedad conjunta. El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos no son responsables de ningún acto u omisión por parte de un proveedor.

El Administrador de Reclamos no se considera un empleador para ningún propósito con respecto a la administración o provisión de beneficios en virtud del Plan del Patrocinador del Plan. El Administrador de Reclamos no es responsable de cumplir ninguna tarea u obligación del empleador con respecto al Plan del Patrocinador del Plan.

El Patrocinador del Plan es el único responsable de todos los siguientes aspectos:

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Cambios en la inscripción y clasificación (incluidos los cambios de clasificación que derivaron en su inscripción o la cancelación de su cobertura).
- El pago oportuno de la Tarifa de Servicio del Plan al Administrador de Reclamos.
- El financiamiento de Beneficios de manera oportuna.
- La notificación a usted sobre cuándo termina el Plan.

Cuando el Patrocinador del Plan establece que el Plan proporcione cobertura en virtud de un plan de beneficios regido por la *Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados* (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), Título 29 del Código de los Estados Unidos sección 1001 y sig., el Administrador de Reclamos no es el Administrador del Plan ni el fiduciario designado del plan de beneficios, conforme al uso de dichos términos en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados. Si tiene preguntas acerca de su plan de Beneficios de bienestar, debe comunicarse con el Patrocinador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados, comuníquese con la oficina más cercana de la *Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los EE. UU.*

¿Cuál es su Relación con los Proveedores y Patrocinadores del Plan?

La relación entre usted y cualquier proveedor es aquella de proveedor y paciente.

Usted es responsable de lo siguiente:

- Elegir su proveedor.
- Pagarle, directamente a su proveedor, cualquier cantidad identificada como una responsabilidad del participante, incluidos los Copagos, Coseguro y cualquier Deducible que supere la Cantidad Permitida.
- Pagarle, directamente a su proveedor, el costo de cualquier Servicio para el Cuidado de la Salud No Cubierto.
- Decidir si cualquier proveedor que le está tratando es adecuado para usted. Esto incluye a los proveedores de la Red que elija y los proveedores a los que ellos le refieran.
- Decidir, junto con su proveedor, qué cuidado debe recibir.

Su proveedor es el único responsable de la calidad de los servicios que recibe.

La relación entre usted y el Patrocinador del Plan es de empleador y empleado, Dependiente u otra clasificación según se define en el Plan.

Aviso

Cuando el Administrador de Reclamos proporciona un aviso escrito con respecto a la administración del Plan a un representante autorizado del Patrocinador del Plan, dicho aviso se considera un aviso para todos los Participantes afectados y sus Dependientes Inscritos. El Patrocinador del Plan es responsable de informarle.

Declaraciones del Patrocinador del Plan o los Participantes

Todas las declaraciones realizadas por el Patrocinador del Plan o por un Participante deben, en ausencia de fraude, considerarse manifestaciones y no garantías; ninguna declaración hecha con el propósito de llevar a cabo la cobertura evitará la cobertura o reducirá los Beneficios. El Administrador de Reclamos no usará ninguna declaración hecha por el Patrocinador del Plan para anular el Plan después de que haya

estado vigente durante dos años, a menos que se trate de una declaración fraudulenta.

¿Paga el Administrador de Reclamos Incentivos a los Proveedores?

El Administrador de Reclamos les paga a los proveedores de la Red a través de distintos tipos de acuerdos contractuales. Algunos de estos acuerdos pueden incluir incentivos económicos para fomentar la provisión de cuidado de la salud de manera efectiva y con eficiencia de costos. Estos incentivos económicos no tienen como objetivo afectar su acceso al cuidado de la salud.

Algunos ejemplos de incentivos económicos para proveedores de la Red son los siguientes:

- Bonificaciones por desempeño sobre la base de factores tales como calidad, satisfacción del miembro y eficiencia de costos.
- **Capitación:** un grupo de proveedores de la Red recibe un pago mensual del Administrador de Reclamos por cada Persona Cubierta que seleccione un proveedor de la Red del grupo para realizar o coordinar determinados servicios para el cuidado de la salud. Los proveedores de la Red reciben este pago mensual independientemente de si el costo de proporcionar o coordinar la provisión del cuidado de la salud de la persona cubierta es menor o mayor que el pago.

El Administrador de Reclamos usa distintos métodos de pago para pagar a los proveedores de la Red específicos. De vez en cuando, el método de pago puede cambiar. Si tiene preguntas sobre si el contrato entre el proveedor de la Red y el Administrador de Reclamos incluye cualquier incentivo económico, el Administrador de Reclamos le anima a discutir estas preguntas con su proveedor. También puede llamar al Administrador de Reclamos al número que figura en su tarjeta de ID. El Administrador de Reclamos puede avisarle si a su proveedor de la Red se le paga mediante cualquier incentivo económico, incluidos los que se mencionaron anteriormente; sin embargo, las condiciones específicas del contrato —incluidas las tarifas de pago— son confidenciales y no pueden divulgarse.

¿Hay Incentivos Disponibles para Usted?

A veces, puede que el Administrador de Reclamos le ofrezca cupones, Beneficios mejorados u otros incentivos para animarle a participar en distintos programas, incluidos los programas de bienestar o determinados programas para el manejo de enfermedades, encuestas, programas de descuento o programas para buscar cuidado en un entorno con mayor eficacia de costo o por parte de Proveedores Designados. En algunos casos, estos programas pueden ofrecerse en combinación con una entidad que no pertenece a UnitedHealthcare. La decisión de participar o no participar en un programa es exclusivamente suya. Sin embargo, debe analizar la participación en dichos programas con su Médico. Comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID, si tiene alguna pregunta.

¿Recibe el Administrador de Reclamos Reembolsos y Otros Pagos?

Es posible que el Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos reciban reembolsos por algunos medicamentos que le administran en el hogar o en el consultorio del Médico, o bien, en un Hospital o Centro Alternativo. Esto incluye los reembolsos por aquellos medicamentos que le administran antes de cumplir con cualquier deducible aplicable. El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos no le trasladan estos reembolsos a usted, ni se aplican a ningún deducible; tampoco se tienen en cuenta para determinar sus Copagos o Coseguro.

¿Quién Interpreta los Beneficios y Otras Disposiciones en Virtud del Plan?

El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos tiene el criterio único y exclusivo para hacer todo lo siguiente:

- Interpretar los Beneficios en virtud del Plan.
- Interpretar los otros términos, las condiciones y las limitaciones y exclusiones establecidos en este Plan, incluido este *CERTIFICADO DE COBERTURA*, la *Lista de Beneficios* y cualquier *Resumen de Modificaciones del Material (Summary Material Modifications, SMM)* o Enmiendas.
- Realizar determinaciones fácticas relacionadas con el Plan y sus Beneficios.

El Patrocinador del Plan y el Administrador de Reclamos pueden delegar esta autoridad discrecional a otras personas o entidades que prestan servicios con respecto a la administración del Plan.

En algunas circunstancias, a los fines de ahorrar costos generales o eficiencia, el Patrocinador del Plan puede ofrecer Beneficios por servicios que, de lo contrario, no serían Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos. El hecho de que el Patrocinador del Plan lo haga en cualquier caso en particular no se considerará, de ninguna manera, que lo hará de manera obligatoria en otros casos similares.

¿Quién Proporciona Servicios Administrativos?

El Administrador de Reclamos presta servicios administrativos de reclamos o, según lo determine, puede coordinar que distintas personas o entidades presten servicios administrativos de reclamos, como el procesamiento de reclamos. La identidad de los proveedores de servicios y la naturaleza de los servicios que proporcionan pueden cambiar periódicamente, de acuerdo con la determinación del Administrador de Reclamos. El Administrador de Reclamos no está obligado a darle aviso previo de cualquier cambio de este tipo ni a obtener su aprobación. Debe cooperar con estas personas o entidades en la ejecución de sus responsabilidades.

¿Cuál es el Futuro del Plan?

Si bien el Patrocinador del Plan espera continuar el Plan de forma indefinida, se reserva el derecho de discontinuar, alterar o modificar el Plan (en su totalidad o en parte) en cualquier momento y por cualquier motivo a su exclusivo criterio.

La decisión de la Compañía de cancelar o enmendar el Plan puede deberse a cambios en las leyes federales o estatales que rigen los beneficios de empleados, los requisitos del Código de Impuestos Internos, de la *Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA)* o cualquier otro motivo. Un cambio de plan puede transferir los activos y las deudas del plan a otro plan, o dividirlo en dos o más partes. Si la Compañía cambia o cancela un plan, puede decidir establecer otro plan diferente que proporcione beneficios similares o distintos.

Si este Plan se cancela, las Personas Cubiertas no tendrán derecho a ningún otro Beneficio del Plan, a excepción de los Beneficios relacionados con los reclamos presentados antes de la fecha de cancelación o, de lo contrario, según lo determine el Plan. Además, si el Plan se modifica, las Personas Cubiertas pueden estar sujetas a una cobertura y a Beneficios modificados.

La cantidad y el formato de cualquier Beneficio final que reciba dependerán de cualquier documento del Plan o disposición del contrato que afecte al Plan y las decisiones de la Compañía. Después de que se hayan pagado todos los Beneficios y de que se hayan cumplido otros requisitos de la ley, determinados activos restantes del Plan se entregarán a la Compañía y a otros, según lo disponga cualquier ley aplicable.

Enmiendas al Plan

En la medida de lo permitido por la ley, el Patrocinador del Plan tiene derecho, según lo determine y sin su aprobación, a cambiar, interpretar, retirar o agregar Beneficios o finalizar el Plan.

Toda disposición del Plan que, a la fecha de vigencia, esté en conflicto con los requisitos de las disposiciones legales estatales correspondientes que, de otro modo, no sean reemplazadas por la Ley de

Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados o los estatutos o las normas federales (de la jurisdicción en la que se entregue este Plan) se enmienda a fin de cumplir con los requisitos mínimos de dichos estatutos y normas.

No se puede hacer ningún otro cambio en el Plan, a menos que se trate de una Enmienda o un *Resumen de Modificaciones del Material*. Se aplican todas las siguientes condiciones:

- Las enmiendas al Plan entran en vigor a partir de la próxima fecha de aniversario del Plan, a menos que la ley permita lo contrario.
- Los Resúmenes de Modificaciones del Material del Plan entran en vigor en la fecha especificada por el Patrocinador del Plan.
- Ningún agente tiene autoridad para cambiar el Plan ni para anular cualquiera de sus disposiciones.
- Nadie tiene autoridad para realizar ningún cambio o enmienda al Plan de manera verbal.

¿De qué Manera Usa el Administrador de Reclamos la Información y los Registros?

El Administrador de Reclamos puede usar su información de salud individualmente identificable de la siguiente manera:

- Para administrar el Plan y pagar reclamos.
- Para identificar procedimientos, productos o servicios que le pueden resultar útiles.
- Según lo permitido o exigido por la ley.

El Administrador de Reclamos puede solicitarle información adicional para tomar una decisión sobre su reclamo de Beneficios. El Administrador de Reclamos mantendrá la confidencialidad de esta información. Además, el Administrador de Reclamos puede usar sus datos anónimos con fines comerciales, incluida la investigación, de acuerdo con lo permitido por ley. Puede encontrar más detalles acerca de cómo el Administrador de Reclamos puede usar o divulgar su información en el *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Administrador de Reclamos.

Al aceptar los Beneficios en virtud del Plan, usted autoriza e instruye a cualquier persona o institución que le haya proporcionado servicios a entregarle al Administrador de Reclamos toda la información o las copias de los registros relacionados con los servicios que recibió. El Administrador de Reclamos tiene derecho a solicitar esta información en cualquier momento razonable. Esto se aplica a todas las Personas Cubiertas, incluidos los Dependientes Inscritos, independientemente de si han firmado la Solicitud de Inscripción del Participante o no. UnitedHealthcare acuerda que esta información y estos registros se considerarán confidenciales.

El Administrador de Reclamos tiene derecho a divulgar los registros relacionados con los servicios para el cuidado de la salud en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Cuando sea necesario para implementar y administrar los términos del Plan.
- Cuando sea necesario para una revisión médica o evaluación de calidad.
- Cuando así lo exija la ley o una norma.

Durante y después del plazo del Plan, el Administrador de Reclamos y sus entidades relacionadas pueden usar y transferir la información recopilada en virtud del Plan en un formato anónimo con fines comerciales, incluidos los fines de investigación y análisis. Consulte el *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Administrador de Reclamos.

Para obtener una lista completa de su registro médico o sus estados de cuenta, puede comunicarse con su proveedor de cuidado de la salud. Los proveedores pueden cobrarle tarifas razonables para cubrir sus

costos por proporcionarle registros o completar los formularios solicitados.

Si le solicita formularios o registros médicos al Administrador de Reclamos, es posible que también le cobre tarifas razonables para cubrir los costos de completar los formularios o proporcionarle los registros.

En algunos casos, según lo permita la ley, el Administrador de Reclamos designará a otras personas o entidades para solicitar registros o información suya o relacionada con usted, y que divulguen dichos registros según sea necesario. Las personas o entidades designadas por el Administrador de Reclamos tienen los mismos derechos a esta información que el Administrador de Reclamos.

¿Exige el Plan un Examen Médico de las Personas Cubiertas?

En caso de que surja una pregunta o disputa respecto de su derecho a los Beneficios, el Patrocinador del Plan puede exigir que un Médico de la Red de su elección lo examine, cuyo costo estará a cargo del Plan.

¿Se ve Afectado el Seguro de Accidentes Laborales?

Los Beneficios proporcionados en virtud de este Plan no reemplazan ni afectan ningún requisito para la cobertura en virtud del seguro de accidentes laborales.

¿Cómo se Pagan los Beneficios cuando Usted Cumple los Requisitos de Medicare?

Los Beneficios del Plan no tienen como fin complementar las coberturas proporcionadas por Medicare. Sin embargo, en algunas circunstancias, las Personas Cubiertas que cumplen los requisitos de Medicare, o que están inscritas en Medicare, también pueden inscribirse en el Plan.

Si usted cumple los requisitos de Medicare, o está inscrito en Medicare, lea atentamente la siguiente información.

Si usted cumple los requisitos para Medicare como plan primario (Medicare paga antes de que el Plan pague los Beneficios), debe inscribirse y mantener la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Si no se inscribe y mantiene esa cobertura, y si el Plan del Patrocinador del Plan es el pagador secundario según se describe en *Coordinación de los Beneficios*, el Administrador de Reclamos procesará el pago del Patrocinador del Plan de los Beneficios en virtud del Plan como si estuviera cubierto por la Parte A y la Parte B de Medicare. Como resultado de esto, usted será responsable de los costos que Medicare habría pagado y tendrá gastos de su bolsillo más altos.

Si usted está inscrito en un plan *Medicare Advantage* (Parte C de Medicare) como plan primario (Medicare paga antes de que el Plan pague los Beneficios), debe cumplir todas las reglas del plan que le exigen solicitar servicios de los proveedores participantes de dicho plan. Cuando el Plan del Patrocinador del Plan es el pagador secundario, el Administrador de Reclamos procesará el pago del Patrocinador del Plan de los Beneficios disponibles para usted en virtud del Plan, como si usted hubiera cumplido las reglas del plan *Medicare Advantage*. Usted será responsable de cualquier costo adicional o Beneficio reducido por no haber cumplido estas reglas, y el gasto de su bolsillo será mayor.

Subrogación y Reembolso

El Plan tiene derecho a la subrogación y al reembolso. Las referencias a “usted” o a “sus” en esta Sección de Subrogación y Reembolso incluirán a usted, a su patrimonio y a sus herederos y beneficiarios, a menos que se indique lo contrario.

La Subrogación se aplica en los casos en que el Plan ha pagado Beneficios en nombre de usted por una Afección o Lesión por la que supuestamente es responsable un tercero. El derecho a la subrogación significa que el Plan será sustituto y prevalecerá en todos y cada uno de los reclamos legales que usted

tenga derecho a iniciar contra un tercero por los Beneficios que el Plan haya pagado en relación con la Afección o Lesión por la que se considere responsable al tercero.

Ejemplo de Subrogación:

Supongamos que usted sufre lesiones en un accidente automovilístico del cual no es responsable y recibe Beneficios en virtud del Plan para tratar las lesiones. Según la subrogación, el Plan tiene derecho a entablar acciones legales en su nombre contra el conductor que causó el accidente y la compañía de seguros del conductor para recuperar el costo de los Beneficios.

El derecho al reembolso significa que, si se alega que un tercero es el causante o responsable de una Afección o Lesión por la que usted resulta favorecido en una conciliación, sentencia u otro fallo que ordena la recuperación del tercero, usted deberá usar dichas ganancias para reintegrar totalmente al Plan el 100% de los Beneficios que usted haya recibido por dicha Afección o Lesión. El derecho al reembolso se aplicará a todos los beneficios que se reciban en cualquier momento, hasta la extinción, resolución o renuncia de dichos derechos por escrito.

Ejemplo de Reembolso:

Supongamos que usted sufre lesiones en un accidente náutico del cual no es responsable y recibe Beneficios en virtud del Plan como consecuencia de las lesiones. Además, llega a un acuerdo de conciliación en un proceso judicial y recibe un pago de la persona que causó el accidente. Usted deberá usar los fondos de la conciliación para reintegrar al Plan el 100% de los Beneficios que haya recibido para tratar sus lesiones.

Se consideran terceros las siguientes personas y entidades:

- Una persona o entidad que supuestamente hizo que usted sufriera una Afección, Lesión o Daños, o que es legalmente responsable por la Afección, la Lesión o los Daños.
- Cualquier compañía de seguros u otro indemnizador de la persona o entidad que causó, o supuestamente causó, la Afección, la Lesión o los Daños.
- Su empleador en un caso del seguro de accidentes laborales u otro caso donde se alegue responsabilidad civil ante terceros.
- Cualquier persona o entidad que esté o pueda estar obligada a proporcionarle beneficios o pagos, incluidos los beneficios o pagos por protección a conductores infrasegurados o sin seguro, seguro de automóvil tradicional o respecto de la responsabilidad objetiva, cobertura de pagos médicos (de automóvil, de propietario u otros), cobertura del seguro de accidentes laborales, otras compañías de seguros o administradores de terceros.
- Cualquier persona o entidad contra la que usted pueda tener algún reclamo por mala praxis legal o profesional que surja de una Afección o Lesión que usted alega o podría haber alegado que es responsabilidad del tercero, o en relación con esa Afección o Lesión.
- Cualquier persona o entidad que sea responsable del pago a usted sobre la base de cualquier teoría equitativa o legal de responsabilidad civil ante terceros.

Usted acuerda lo siguiente:

- Usted cooperará oportunamente con el Plan para proteger los derechos legales y equitativos del Plan a la subrogación y al reembolso, incluidos, por ejemplo:
 - Notificar al Plan, por escrito, sobre cualquier posible reclamo legal que usted pueda tener contra un tercero por actos que hayan causado el pago de Beneficios o que los Beneficios sean pagaderos.
 - Proporcionar cualquier información relevante que el Plan le solicite.
 - Firmar o entregar los documentos que el Plan o sus agentes soliciten razonablemente para

asegurar el reclamo de subrogación y reembolso.

- Responder a las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión.
- Presentarse ante los tribunales.
- Obtener el consentimiento del Plan o de los agentes del Plan antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad civil ante terceros o del pago de gastos médicos.
- Cumplir con los términos de esta Sección.

Su falta de cooperación con el Plan se considerará un incumplimiento de contrato. Por consiguiente, el Plan tiene derecho a cancelar o denegar Beneficios en el futuro, entablar acciones legales en su contra o deducir de cualquier Beneficio futuro el valor de los Beneficios que el Plan haya pagado en relación con cualquier Afección o Lesión causada o supuestamente causada por un tercero en la medida que no haya sido recuperado por el Plan, debido a la falta de cooperación de usted o su representante con dicho Plan. Si el Plan incurre en costas y honorarios de abogados a fin de cobrar los fondos de conciliación de terceros en manos de usted o su representante, el Plan tendrá derecho a obtener resarcimiento de usted por dichas costas y honorarios. Usted también deberá pagar intereses por cualquier cantidad que posea que debía haber devuelto al Plan.

- El Plan tiene derecho prioritario a recibir el pago, en primer lugar, por cualquier reclamo contra un tercero, antes de que usted reciba el pago de dicho tercero. Asimismo, el derecho prioritario del Plan a recibir el pago en primer lugar es superior a todos y cada uno de los reclamos, deudas o gravámenes aseverados por proveedores médicos, incluidos, entre otros, Hospitales o centros de tratamiento de Emergencia, que hagan valer el derecho a recibir un pago de los fondos pagaderos o recuperados del tercero o la compañía de seguros supuestamente responsable.
- Los derechos de subrogación y reembolso del Plan se aplican a las conciliaciones, sentencias u otras recuperaciones totales y parciales pagadas o pagaderas a usted o a su representante, a su patrimonio y a sus herederos y beneficiarios, independientemente de cómo se titulen o caractericen dichas ganancias. Los pagos incluyen, entre otros, la indemnización por daños y perjuicios económicos, no económicos, pecuniarios, de consorcio y punitivos. El Plan no está obligado a ayudarle a llevar adelante su reclamo por daños y perjuicios o por lesiones personales, y no se deducirá ninguna cantidad de los costos asociados, incluidos los honorarios de abogados, de lo recuperado por el Plan sin el consentimiento expreso y por escrito de dicho Plan. Las denominadas “doctrina de fondo”, “doctrina de fondo común” y “doctrina de fondo del abogado” no anularán este derecho.
- Independientemente de si fue remunerado por completo o satisfecho plenamente, el Plan puede cobrarle las ganancias de cualquier recuperación completa o parcial que obtengan usted o su representante legal, ya sea a través de una conciliación (antes o después de la determinación de responsabilidad civil ante terceros) o una sentencia, sin importar cómo se titulen o caractericen dichas ganancias. Las ganancias de las que el Plan puede cobrar incluyen, entre otras, la indemnización por daños y perjuicios económicos, no económicos y punitivos. Ninguna regla “de Fuente Colateral”, “Doctrina de Compensación o Indemnización Integral”, reclamo de enriquecimiento indebido o cualquier otra limitación equitativa limitará los derechos de subrogación y reembolso del Plan.
- Los Beneficios pagados por el Plan también pueden considerarse Beneficios por adelantado.
- Si recibe pagos de un tercero como consecuencia de una Afección o Lesión, y el Plan alega que parte o la totalidad de esos fondos se adeudan y deben pagarse al Plan, usted o su representante mantendrán dichos fondos en fideicomiso, en una cuenta bancaria separada a nombre de usted o en una cuenta de fideicomiso de su representante.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Al participar en el Plan y aceptar Beneficios en virtud de este, usted acepta que (i) las cantidades que usted recupere de un tercero constituirán activos del Plan (por el valor correspondiente a la cantidad de Beneficios proporcionados en nombre de la Persona Cubierta), (ii) usted y su representante serán fiduciarios del Plan (según lo dispuesto en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados) con respecto a dichas cantidades, y (iii) usted será responsable de pagar y acepta pagar todas las costas y los honorarios (incluidos los honorarios razonables de abogados) incurridos por el Plan para hacer valer sus derechos de reembolso.
- El derecho del Plan a la recuperación no se verá reducido por negligencia de usted.
- Al participar en el Plan y aceptar Beneficios de este, usted acepta ceder al Plan todos los beneficios, reclamos o derechos de recuperación que usted tenga en virtud de cualquier Plan de automóvil (incluidos los beneficios de un seguro que cubre los daños independientemente de la responsabilidad, beneficios de un seguro de protección por lesiones físicas [personal injury protection, PIP] o beneficios de pagos médicos), otra cobertura o contra cualquier tercero, hasta el máximo de los Beneficios que el Plan haya pagado por la Afección o Lesión. Al aceptar otorgar esta cesión a cambio de la participación y aceptación de beneficios, usted reconoce el derecho del Plan a hacer valer y llevar adelante cualquier reclamo de este tipo y a obtener resarcimiento por dicho reclamo, independientemente de que usted elija llevar adelante o no el reclamo, y acepta esta cesión de manera voluntaria.
- El Plan podrá, a su criterio, tomar las medidas necesarias y apropiadas para preservar sus derechos en virtud de estas disposiciones, incluidas, entre otras, proporcionar o intercambiar información sobre pagos médicos con una compañía de seguros, el representante legal de la compañía de seguros u otro tercero; presentar una demanda por reembolso en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados para recuperar la cantidad total de los beneficios médicos que usted reciba por la Afección o Lesión producto de cualquier conciliación, sentencia u otro fallo que ordene la recuperación de un tercero considerado responsable; y presentar una demanda en nombre de usted o de su patrimonio, lo cual no obliga de ningún modo al Plan a pagarle una parte de la recuperación que pueda obtener. Cualquier demanda por reembolso en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados surgida de la negativa a reembolsar Beneficios tal como se establece en los términos del Plan estará sujeta a un período de prescripción de seis años.
- Usted no podrá aceptar ningún acuerdo de conciliación que no reembolse en su totalidad al Plan, sin la aprobación por escrito del Plan.
- El Plan tiene autoridad y discreción para resolver todas las disputas respecto de la interpretación del lenguaje vertido en el presente.
- En el caso de que su muerte, la cual dé origen a reclamos por supervivencia o muerte por negligencia, las disposiciones de esta Sección se aplicarán a su patrimonio, al representante personal de su patrimonio y a sus herederos o beneficiarios. En el caso de su muerte, se aplicará el derecho de reembolso y de subrogación del Plan cuando se pueda interponer un reclamo en nombre de usted o su patrimonio que pueda incluir un reclamo por daños y perjuicios o por gastos médicos del pasado. La obligación de reembolsar al Plan no quedará extinguida por la renuncia a reclamos o acuerdos de conciliación de ningún tipo.
- Ninguna asignación de daños y perjuicios, fondos de conciliación o cualquier otra recuperación por parte de usted, su patrimonio, el representante personal de su patrimonio, sus herederos, sus beneficiarios o cualquier otra persona o parte, será válida si no reembolsa al Plan el 100% de su participación, a menos que el Plan preste su consentimiento por escrito para dicha asignación.
- Las disposiciones de esta Sección se aplican a los padres, al tutor o a otro representante de un niño Dependiente que padezca una Afección o Lesión provocadas por un tercero. Si un padre o tutor presenta un reclamo por daños como resultado de la Afección o Lesión de un menor, las condiciones de esta cláusula de subrogación y reembolso se aplicarán a dicho reclamo.

- Si un tercero le causa o supuestamente le causa una Afección o Lesión mientras usted está cubierto por el Plan, las disposiciones de esta Sección continuarán aplicándose, incluso cuando ya no cuente con cobertura.
- En el caso de que usted no acate los términos del Plan relativos al reembolso, el Plan podrá cancelar los Beneficios para usted, sus dependientes o el Participante, denegar Beneficios en el futuro, entablar acciones legales en su contra o deducir de cualquier Beneficio futuro el valor de los Beneficios que el Plan haya pagado en relación con cualquier Afección o Lesión causada o supuestamente causada por un tercero en la medida que no haya sido recuperado por el Plan, debido a su incumplimiento en acatar los términos del Plan. Si el Plan incurre en costas y honorarios de abogados a fin de cobrar los fondos de conciliación de terceros en manos de usted o su representante, el Plan tendrá derecho a obtener resarcimiento de usted por dichas costas y honorarios. Usted también deberá pagar intereses por cualquier cantidad que posea que debía haber devuelto al Plan.
- El Plan y todos los Administradores que administran los términos y las condiciones de los derechos de subrogación y reembolso del Plan tienen las atribuciones y obligaciones necesarias para desempeñar sus deberes y responsabilidades, incluido el ejercicio de la autoridad discrecional del Plan para (1) interpretar y hacer valer los términos de los derechos de subrogación y reembolso del Plan y (2) tomar determinaciones con respecto a las cantidades que se le adeudan al Plan en concepto de subrogación y reembolsos.

¿En Qué Momento el Plan Recibe Reembolsos de los Pagos en Exceso?

Si el Plan paga Beneficios por gastos incurridos en su cuenta, usted o cualquier otra persona u organización que haya recibido el pago deben realizar un reembolso al Plan si se dan las siguientes condiciones:

- La totalidad o parte de los gastos no fueron pagados o, por ley, no era necesario que fueran pagados por usted.
- La totalidad o parte del pago que realizó el Plan excedió los Beneficios en virtud del Plan.
- La totalidad o parte del pago se realizó por error.

El reembolso equivale a la cantidad pagada por el Plan en exceso de la cantidad que debería haber pagado en virtud del Plan. Si el reembolso es adeudado por otra persona u organización, usted acepta ayudar al Plan a obtener el reembolso cuando así se le solicite.

Si usted adeuda el reembolso y no reembolsa rápidamente la cantidad total, el Plan podrá recuperar el pago en exceso reasignando la cantidad pagada en exceso para pagar, de forma total o parcial, sus futuros Beneficios que sean pagaderos en virtud del Plan. Si el reembolso es adeudado por una persona u organización que no sea usted, es posible que el Plan recupere el pago en exceso mediante la reasignación de la cantidad pagada en exceso para pagar, de forma total o parcial, (i) Beneficios futuros que se pagan con relación a servicios prestados a otras Personas Cubiertas en virtud del Plan; o (ii) Beneficios futuros que se pagan con relación a servicios prestados a personas en virtud de otros planes por los que el Administrador de Reclamos realice pagos, conforme a una transacción en la que los derechos de recuperación del pago en exceso del Plan se ceden a los otros planes a cambio de un pago por la cantidad del pago reasignado de dicho plan.

Las reducciones serán igual al monto del reembolso solicitado. Es posible que el Plan tenga otros derechos además del derecho a reducir beneficios futuros.

¿Existe Alguna Limitación de Acción?

No puede entablar acciones legales contra el Plan ni el Administrador de Reclamos para recuperar un reembolso hasta haber completado todos los pasos del proceso de apelación que se describe en la Sección *Preguntas, Reclamos y Apelaciones*. Después de completar ese proceso, si quiere entablar una acción legal contra el Plan o el Administrador de Reclamos, deberá hacerlo en el plazo de tres años desde la fecha en que el Plan le notificó la decisión final respecto de su apelación o perderá cualquier derecho a entablar dicho tipo de acciones contra el Plan o el Administrador de Reclamos.

El proceso de apelación se describe en la Sección Preguntas, Reclamos y Apelaciones. No puede entablar una acción legal contra del Plan o el Administrador de Reclamos para recuperar el reembolso hasta que haya enviado una evidencia de pérdida por escrito y haya esperado 60 días. No podrá entablar acciones legales después del vencimiento de la norma de prescripción vigente desde el momento en que debe entregarse la evidencia de pérdida por escrito.

Términos Definidos

Administrador de Reclamos: la organización que proporciona ciertas tareas de administración de reclamos y otros servicios al Plan.

Afección: una condición física, enfermedad o Embarazo. El término Afección, según se utiliza en el presente *CERTIFICADO DE COBERTURA*, incluye Enfermedades Mentales y trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, independientemente de la causa o el origen de la Enfermedad Mental o del trastorno relacionado con sustancias y trastornos adictivos.

Agencia de Cuidado de la Salud a Domicilio: una organización o programa autorizado por ley a proporcionar servicios para el cuidado de la salud en el hogar.

Anomalía Congénita: defecto del desarrollo físico presente al momento del nacimiento y que se identifica dentro de los primeros doce meses desde el nacimiento.

Asesoramiento Genético: asesoramiento por parte de un profesional clínico calificado que incluye lo siguiente:

- Identificación de los posibles riesgos de los trastornos genéticos presuntos.
- Discusión personalizada en torno a los Beneficios, los riesgos y las limitaciones de las Pruebas Genéticas para ayudarle a tomar decisiones informadas acerca de las Pruebas Genéticas.
- Interpretación de los resultados de las Pruebas Genéticas a fin de guiar las decisiones de salud.

Los asesores de genética, genetistas médicos y médicos con un certificado de una asociación profesional que hayan completado una capacitación avanzada en genética son considerados profesionales clínicos calificados cuando los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos de Pruebas Genéticas requieren Asesoramiento Genético.

Beneficios dentro de la Red Designados: la descripción de cómo se pagan los Beneficios por determinados Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que proporciona un proveedor o un centro que el Administrador de Reclamos ha identificado como Proveedores Designados. La *Lista de Beneficios* indica si su plan ofrece Beneficios dentro de la Red Designados y cómo se aplican.

Beneficios dentro de la Red: la descripción de cómo se pagan los Beneficios por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que proporcionan los proveedores de la Red. La *Lista de Beneficios* le dirá si su plan ofrece Beneficios Dentro de la Red y cómo se aplican.

Beneficios fuera de la Red: la descripción de cómo se pagan los Beneficios por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que proporcionan los proveedores fuera de la Red. La *Lista de Beneficios* le dirá si su plan ofrece Beneficios Fuera de la Red y cómo se aplican.

Beneficios: su derecho a pagar los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que están disponibles según este Plan.

Cantidades Permitidas: en el caso de los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, incurridos mientras el Plan se encuentre vigente, las Cantidades Permitidas las determina el Administrador de Reclamos, como se muestra en la *Lista de Beneficios*.

Las Cantidades Permitidas se determinan únicamente según las pautas de la norma de reembolso del Administrador de Reclamos. El Administrador de Reclamos desarrolla estas pautas, según lo determine, después de revisar todas las facturas del proveedor según una o más de las siguientes metodologías:

- Según lo que figure en la edición más reciente de la *Terminología de Procedimientos Actuales (CPT)*, una publicación de la *Asociación Médica Estadounidense* o los *Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*.
- Según lo informen profesionales o publicaciones ampliamente reconocidas.
- Según lo utilice Medicare.
- Según lo determine el personal médico y los asesores médicos externos conforme a otra fuente apropiada o la determinación que acepte el Administrador de Reclamos.

Centro Alternativo: un centro de cuidado de la salud que no es un Hospital. Proporciona uno o más de los siguientes servicios como paciente ambulatorio, según lo permitido por la ley:

- Servicios quirúrgicos.
- Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia.
- Servicios de rehabilitación, de laboratorio, de diagnóstico o terapéuticos.

También puede proporcionar Servicios para el Cuidado de la Salud Mental o Servicios para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos como paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.

Centro Basado en el Hospital: un centro para pacientes ambulatorios que presta servicios y envía reclamos como parte de un Hospital.

Centro de Cuidado de Urgencia: un centro que brinda Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud. Estos servicios son necesarios como consecuencia de una Afección o Lesión imprevista, o la aparición de síntomas repentinos o graves.

Centro de Enfermería Especializada: un Hospital o centro de enfermería que tiene licencia y opera según lo requiere la ley.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados: cualquiera de los siguientes centros que preste servicios para el cuidado de la salud de rehabilitación para pacientes hospitalizados (incluida la fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla), según lo autorizado por la ley:

- Un centro de rehabilitación agudo a largo plazo.
- Un hospital.
- Una unidad especial dentro de un Hospital que haya sido designada como Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.

Centro Independiente: centro para pacientes ambulatorios, de diagnóstico o ambulatorio, o un laboratorio independiente, que presta servicios y envía reclamos independientemente de un Hospital.

Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (PDL): el comité que designa el Administrador de Reclamos para, entre otras responsabilidades, clasificar los Productos Farmacéuticos en niveles específicos.

Condición Médica de Emergencia: una condición médica, incluidas una Lesión, Afección o Enfermedad Mental, que se manifiestan mediante síntomas agudos (estos pueden incluir dolor grave u otros síntomas agudos) de tal gravedad que la ausencia de cuidado médico inmediato podría tener cualquiera de los siguientes resultados esperados razonablemente:

- Peligro grave para la salud de un paciente, incluida una mujer embarazada o un feto.
- Limitación grave de funciones corporales.
- Disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Con respecto a una mujer embarazada:

- Que no haya tiempo suficiente para llevar a cabo el traslado seguro a otro Hospital antes del parto.
- Que el traslado pueda representar un peligro para la salud y seguridad de la paciente o el feto.
- Que haya evidencia del comienzo y la persistencia de contracciones uterinas o rotura de las membranas.

Copago: el cargo, calculado como una cantidad de dólares establecida, que se requiere que pague por ciertos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Tenga en cuenta que, por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, usted debe pagar lo que resulte menos de lo siguiente:

- El Copago.
- La Cantidad Permitida.

Coseguro: el cargo, calculado como un porcentaje de la Cantidad Permitida, que se requiere que pague por ciertos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Cuidado de Custodia: servicios que son cualquiera de los siguientes servicios para el cuidado no especializado:

- Servicios no relacionados con la salud, como ayudar con las actividades de la vida diaria. Algunos ejemplos incluyen comer, vestirse, bañarse, trasladarse y caminar.
- Servicios relacionados con la salud que puede llevar a cabo el personal no médico capacitado de manera segura y efectiva, y que se proporcionan con el objetivo principal de satisfacer las necesidades personales del paciente o mantener un nivel de función, en comparación con mejorar la función en la medida que pueda permitir una existencia más independiente.

Cuidado Especializado: es la enfermería especializada, la enseñanza especializada y los servicios para la rehabilitación especializados cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Debe ser prestado o supervisado por un técnico con licencia o por el personal médico profesional a fin de obtener un resultado médico específico, y debe ser proporcionado para la seguridad del paciente.
- Los indica un Médico.
- No se proporciona con el propósito de ayudar con las actividades de la vida diaria, incluidas vestirse, alimentarse, bañarse o pasar de la cama a la silla.
- Requiere capacitación clínica a fin de ser prestado de manera segura y efectiva.
- No constituye Cuidado de Custodia, que puede ser prestado por personal no médico capacitado de manera segura y efectiva.

Cuidado Intermitente: cuidado de enfermería especializada que se proporciona ya sea:

- Menos de siete días a la semana.
- Menos de ocho horas por día durante períodos de 21 días o menos.

Es posible que se hagan excepciones en determinadas circunstancias cuando la necesidad de cuidado adicional sea limitada y predecible.

Deducible Anual: la Cantidad Permitida total que debe pagar por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos por año antes de que el Plan comience a pagar sus Beneficios. No incluye ninguna cantidad que exceda las Cantidades Permitidas. La *Lista de Beneficios* le informará si su plan está sujeto al pago de un Deducible Anual y cómo se aplica.

Dispositivo de Movilidad: una silla de ruedas manual, una silla de ruedas eléctrica, una silla de transferencia o un ciclomotor.

Embarazo: incluye todo lo siguiente:

- Cuidado prenatal.
- Cuidado posnatal.
- Parto.
- Cualquier complicación asociada al Embarazo.

Enfermedad Mental: las categorías de salud mental o diagnóstico psiquiátrico detalladas en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y Conductuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades* o el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense*. El hecho de que una condición figure en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y Conductuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades* o el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense* no significa que el tratamiento para la condición sea un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.

Enmienda: cualquier descripción por escrito adjunta de disposiciones adicionales o modificadas del Plan. Tiene vigencia solo cuando la distribuye el Patrocinador del Plan o el Administrador del Plan. Está sujeta a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones del Plan, a excepción de las que se estén modificando específicamente.

Entidad de Suministro Designada: una farmacia u otro proveedor que han celebrado un contrato con el Administrador de Reclamos —o con una organización que contrata en nombre del Administrador de Reclamos— para proporcionar Productos Farmacéuticos para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas. No todas las farmacias de la Red o los proveedores de la Red son Entidades de Suministro Designadas.

Equipo Médico Duradero (DME): equipo médico que cumple con cada uno de los siguientes criterios:

- Es solicitado o proporcionado por un Médico para uso ambulatorio, principalmente para uso hogareño.
- Es utilizado con fines médicos.
- No es consumible ni desechable, salvo según sea necesario para el uso eficaz del Equipo Médico Duradero cubierto.
- No es para que lo utilice una persona en ausencia de una enfermedad o discapacidad.
- Tiene el propósito médico de tratar una Afección o Lesión.

- Se usa principalmente en el domicilio.

Especialista: un Médico que realiza la mayoría de su trabajo en áreas que no sean pediatría general, medicina interna, obstetricia/ginecología, medicina familiar o medicina general.

Estadía como Paciente Hospitalizado: una internación continua que sigue a la admisión formal en un Hospital, Centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.

Examen Farmacológico Definitivo: examen que se realiza para identificar medicamentos específicos, sustancias ilegales y metabolitos, y que es de carácter cualitativo o cuantitativo en la identificación de un posible consumo o no consumo de una droga.

Examen Farmacológico Presuntivo: examen para determinar la presencia o ausencia de medicamentos o una clase de medicamentos en el que los resultados se indican como negativos o positivos.

Habitación Semiprivada: una habitación con dos o más camas. Cuando una Estadía como Paciente Hospitalizado en una Habitación Semiprivada es un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, la diferencia de costo entre una Habitación Semiprivada y una habitación privada será un Beneficio solo cuando usar una habitación privada sea Médicamente Necesario o cuando no esté disponible una Habitación Semiprivada.

Hospital: una institución que es dirigida según lo requiere la ley y que cumple con lo siguiente:

- Principalmente proporciona servicios para el cuidado de la salud a pacientes hospitalizados, para el cuidado a corto plazo y el tratamiento de personas con lesiones o afecciones. El cuidado es proporcionado en centros médicos, de diagnóstico y quirúrgicos por un equipo de Médicos o bajo su supervisión.
- Tiene servicios de enfermería las 24 horas.
- Está acreditado como Hospital por el Comité Conjunto de Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud o por la Asociación Estadounidense de Hospitales Osteopáticos.

Un Hospital no es principalmente un lugar para el descanso, el Cuidado de Custodia o el cuidado de los adultos mayores. No es un asilo de convalecencia ni una institución similar.

Nota: Si se proporcionan servicios específicos para el tratamiento de una discapacidad física en un Hospital con licencia que está acreditado por el Comité Conjunto de Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud, la Asociación Estadounidense de Hospitales Osteopáticos o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación, el pago de estos servicios no se rechazará únicamente debido a que dicho Hospital no cuente con las instalaciones quirúrgicas importantes o sea, principalmente, un lugar para la rehabilitación. El reconocimiento de estos centros no extiende el alcance de los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos por el Plan. Solo extiende el entorno donde pueden prestarse Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno: un programa ambulatorio estructurado. El programa puede ser independiente o basado en un Hospital, y proporciona servicios durante al menos 20 horas por semana.

Lesión: daños en el cuerpo, incluidas todas las condiciones y los síntomas relacionados.

Límite de Gastos de su Bolsillo: la cantidad máxima que paga cada año. La *Lista de Beneficios* indicará si su plan está sujeto a un Límite de Gastos de su Bolsillo y cómo se aplica.

Madre Subrogada: mujer que queda embarazada generalmente mediante inseminación artificial o transferencia de un óvulo fecundado (embrión) con el propósito de gestar el feto para otra persona. La madre subrogada proporciona el óvulo; por lo tanto, está relacionada biológicamente (en términos de genética) con el niño o la niña.

Medicaid: un programa federal administrado y operado individualmente por el estado participante y los gobiernos territoriales. El programa proporciona beneficios médicos a personas de bajos ingresos que cumplen los requisitos y que necesitan cuidado de la salud. Los gobiernos federal y estatal comparten los costos del programa.

Medicamento Necesario: servicios para el cuidado de la salud que se proporcionan con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una afección, lesión, enfermedad mental, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, condición, enfermedad o sus síntomas, que son todos los siguientes según lo determine el Administrador de Reclamos o la persona designada por este.

- Cumplir con los *Estándares Generalmente Aceptados de Práctica Médica*.
- Clínicamente apropiados, en cuanto al tipo, frecuencia, grado, sitio y duración y si se consideran efectivos para su Afección, Lesión, Enfermedad Mental, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, enfermedad o sus síntomas.
- No son principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- No son más costosos que un medicamento, servicio o suministro alternativo que al menos tenga la misma probabilidad de producir resultados de diagnóstico o terapéuticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o al tratamiento de su Afección, Lesión, enfermedad o síntomas.

Los *Estándares Generalmente Aceptados de Práctica Médica* son estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en documentos médicos revisados por colegas y que generalmente son reconocidos por la comunidad médica relevante, y que dependen principalmente de los ensayos clínicos controlados o, si no están disponibles, en los estudios de observación de más de una institución que sugieran una relación causal entre el servicio o tratamiento y los resultados de salud.

Si no hay disponible evidencia científica creíble, entonces es posible que se tengan en cuenta los estándares que se basan en las recomendaciones de la sociedad de Médicos especializados o los estándares profesionales de cuidado. El Administrador de Reclamos tiene derecho a solicitar la opinión de un experto para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son Medicamento Necesarios. El Administrador de Reclamos tomará la decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación de Médicos especializados, la alternativa de un experto y la determinación de cuándo usar la opinión de dicho experto.

El Administrador de Reclamos desarrolla y mantiene normas clínicas que describen la evidencia científica, los estándares médicos prevalecientes y las pautas clínicas de los *Estándares Generalmente Aceptados de Práctica Médica* que respaldan sus determinaciones con respecto a servicios en particular. Estas normas clínicas (según las desarrolla y revisa el Administrador de Reclamos ocasionalmente) están disponibles para las Personas Cubiertas en www.myuhc.com o si llama al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID. También se encuentran disponibles para Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud en UnitedHealthcareOnline.

Medicare: Partes A, B, C y D del programa de seguro establecido por el Título XVIII de la *Ley del Seguro Social de los Estados Unidos*, según las enmiendas realizadas por el Código de los Estados Unidos, Título 42, Secciones 1394, y siguientes y según las enmiendas posteriores.

Médico de Cuidado Primario: un Médico que realiza la mayoría de su trabajo en pediatría general, medicina interna, obstetricia/ginecología, medicina familiar o medicina general.

Participante: un Participante del Empleador de tiempo completo que cumple los requisitos especificados en el Plan. El Participante debe vivir o trabajar en los Estados Unidos.

Patrocinador del Plan: el empleador u otro grupo definido o establecido legalmente de otro modo a quien se emite el Plan. La disposición “¿Qué es el *Resumen de la Descripción del Plan?*” del CERTIFICADO DE COBERTURA indicará quién es el Patrocinador de este Plan.

Persona Cubierta: el Participante o un Dependiente, pero este término se aplica únicamente mientras la persona está inscrita en el Plan. El Patrocinador del Plan usa las palabras “usted” y “su” en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* para referirse a una Persona Cubierta.

Persona Designada de Servicios para la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos: la organización o la persona, designada por el Administrador de Reclamos, que proporciona o coordina los Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y los Servicios para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos.

Plan: el plan de beneficios de salud grupal Autofinanciado del Patrocinador del Plan.

La disposición “¿Qué es el *Resumen de la Descripción del Plan?*” del *CERTIFICADO DE COBERTURA* indicará quién es el Patrocinador de este Plan.

Portadora Gestacional: una Portadora Gestacional es una mujer que queda embarazada mediante la implantación de un óvulo fecundado (embrión) en el útero con el propósito de gestar el feto a término para otra persona. La gestante no proporciona el óvulo; por lo tanto, no está relacionada biológicamente (en términos de genética) con el niño o la niña.

Procedimientos Estéticos: procedimientos o servicios que cambian o mejoran la apariencia sin mejorar significativamente la función fisiológica.

Producto Farmacéutico Nuevo: un Producto Farmacéutico o una fórmula de dosificación nueva de un Producto Farmacéutico aprobado previamente. Corresponde al período de tiempo que comienza en la fecha en que el Producto Farmacéutico o la fórmula de dosificación nueva son aprobados por la *Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos*, y termina en una de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

- La fecha en el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos (Prescription Drug List, PDL) del Administrador de Reclamos lo asigna a un nivel.
- El 31 de diciembre del siguiente año calendario.

Productos Farmacéuticos: medicamentos con receta, productos o dispositivos aprobados por la *Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos* que un Médico administra en relación con un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.

Programa de Ahorros Compartidos: un programa en el que el Administrador de Reclamos puede obtener un descuento sobre los cargos facturados de un proveedor fuera de la Red. Por lo general, el descuento tiene como base un programa acordado previamente por el proveedor fuera de la Red. Cuando esto sucede, puede que pague cantidades de bolsillo inferiores. Aun se aplicarían el Coseguro y cualquier Deducible al cargo reducido. Las disposiciones o prácticas administrativas del Plan sustituyen la tarifa del programa, y el Administrador de Reclamos determina una tarifa distinta. En este caso, el proveedor fuera de la Red puede facturarle la diferencia entre la cantidad facturada y la tarifa determinada por el Administrador de Reclamos. Si esto sucede, debe llamar al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID. Los proveedores del Programa de Ahorros Compartidos son proveedores fuera de la Red y no cuentan con credenciales emitidas por el Administrador de Reclamos.

Proveedor de la Red Virtual Designado: un proveedor o centro que ha celebrado un contrato con el Administrador de Reclamos —o con una organización que contrata en nombre del Administrador de Reclamos— para proporcionar Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos mediante tecnología de audio y video en directo.

Proveedor Designado: proveedor o centro que cumple con las siguientes condiciones:

- Ha celebrado un acuerdo con el Administrador de Reclamos —o con una organización que contrata en nombre del Administrador de Reclamos— para proporcionar Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas.
- El Administrador de Reclamos lo ha identificado, a través de sus programas de designación, como un Proveedor Designado. Dicha designación puede aplicarse a tratamientos, condiciones o procedimientos específicos.

Un Proveedor Designado puede o no estar ubicado dentro de su área geográfica. No todos los Hospitales o Médicos de la Red son Proveedores Designados.

Puede averiguar si su proveedor es un Proveedor Designado comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Prueba Genética: análisis de sangre o examen de otro tejido que busca cambios en los genes (ADN o ARN) que pueden indicar un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad o un trastorno específicos, o proporcionar información que guíe la selección del tratamiento de determinadas enfermedades, incluido el cáncer.

Red: cuando se usa para describir a un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, hace referencia a un proveedor que tiene un acuerdo de participación vigente (directa o indirectamente) con el Administrador de Reclamos o con su afiliada para participar en la Red del Administrador de Reclamos. Esto no incluye a los proveedores que han acordado hacer un descuento sobre sus cargos por los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos mediante la participación en el Programa de Ahorros Compartidos. Las afiliadas del Administrador de Reclamos son aquellas entidades afiliadas a este a través de la propiedad o el control común con el Administrador de Reclamos o con la empresa matriz corporativa del Administrador de Reclamos, incluidas las subsidiarias directas e indirectas.

Un proveedor puede celebrar un contrato para proporcionar solo determinados Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, no todos, o para ser un proveedor de la Red solo para algunos de los productos del Administrador de Reclamos. En este caso, el proveedor será un proveedor de la Red para los Servicios para el Cuidado de la Salud y productos Cubiertos incluidos en el acuerdo de participación, y un proveedor fuera de la Red para los otros Servicios para el Cuidado de la Salud y productos Cubiertos. El estado de participación de los proveedores cambiará ocasionalmente.

Servicios de enfermería privada: cuidado de enfermería que le proporcionan enfermeras autorizadas a un paciente de forma personalizada como paciente hospitalizado o en el hogar cuando se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- No se identifican servicios especializados.
- Los recursos de enfermería especializada están disponibles en el centro.
- Una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio puede proporcionar el Cuidado Especializado por visita para un fin específico.
- Una enfermera independiente, que es contratada de forma directa por la persona cubierta o su familia, le proporciona el servicio a la persona cubierta. Esto incluye servicios de enfermería proporcionados a pacientes hospitalizados o en el hogar, ya sea un servicio de enfermería independiente especializada o no especializada.

Servicios Experimentales o en Investigación: servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, psiquiátricos, de salud mental, para trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos u otros servicios para el cuidado de la salud, tecnologías, suministros, tratamientos, procedimientos, terapias con medicamentos, medicamentos o dispositivos que, en el momento en que el Administrador de Reclamos tome una determinación con respecto a la cobertura en un caso en particular, se determina que cumplen con alguna de las siguientes características:

- No tienen la aprobación de la *Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA)* para ser comercializados legalmente para el uso propuesto y no están identificados en el *Servicio de Formularios de Hospitales de los Estados Unidos* o la *Información de Despacho de Farmacopea de los Estados Unidos*, según corresponda para el uso propuesto.
- Están sujetos a la revisión y la aprobación de cualquier junta de revisión institucional para el uso propuesto. (Los dispositivos que están aprobados por la *Administración de Medicamentos y Alimentos* en virtud de la exención de *Dispositivo de Uso Humanitario* no son Experimentales o en Investigación.)
- Son objeto de un ensayo clínico en curso que cumple con la definición de un ensayo clínico en fase I, II o III según se establece en las normas de la *Administración de Medicamentos y Alimentos*, independientemente de si el ensayo está realmente sujeto a supervisión de la *Administración de Medicamentos y Alimentos*.

Excepciones:

- Ensayos clínicos para los cuales los Beneficios están disponibles según se describe en *Ensayos Clínicos* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
- El Administrador de Reclamos puede, según lo determine, considerar que un Servicio Experimental o en Investigación de otro modo sea un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto para esa Afección o condición si se cumplen estas condiciones:
 - No participa en un ensayo clínico que califica, según se describe en *Ensayos clínicos* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos*.
 - Tiene una Afección o Condición que probablemente le ocasione la muerte en el plazo de un año de la solicitud de tratamiento.

Antes de tomar dicha determinación, primero el Administrador de Reclamos debe establecer que existe suficiente evidencia para concluir que, aunque no se ha probado, el servicio tiene un potencial significativo como un tratamiento eficaz para esa Afección o Condición.

Servicios No Comprobados: servicios, incluidos medicamentos, que se determina que no son eficaces para el tratamiento de la condición médica o que no tienen un efecto beneficioso en los resultados de salud como consecuencia de evidencia clínica inadecuada e insuficiente obtenida en estudios de cohortes o ensayos controlados aleatorizados y realizados correctamente en los documentos médicos revisados por colegas publicados prevalecientes.

- Ensayos controlados aleatorizados realizados correctamente. (Se comparan dos o más tratamientos entre sí, y el paciente no tiene la posibilidad de elegir qué tratamiento recibirá).
- Estudios de cohortes realizados correctamente de más de una institución. (Los pacientes que reciben tratamiento bajo investigación son comparados con un grupo de pacientes que reciben una terapia estándar. El grupo de comparación debe ser prácticamente idéntico al grupo de tratamiento bajo investigación.)

El Administrador de Reclamos tiene un proceso por el cual compila y revisa la evidencia clínica con respecto a determinados servicios para el cuidado de la salud. En ocasiones, el Administrador de Reclamos emite normas médicas y de medicamentos que detallan la evidencia clínica que está disponible con respecto a servicios para el cuidado de la salud específicos. Estas políticas médicas y de medicamentos están sujetas a cambios sin previo aviso. Puede consultar estas normas en www.myuhc.com.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si padece una Afección o Condición que es potencialmente mortal (que probablemente le ocasione la muerte en un plazo de un año de la solicitud de tratamiento), el Administrador de Reclamos podrá, según lo determine, considerar que un Servicio no Comprobado de otro modo sea un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto para esa Afección o condición. Antes de tomar dicha determinación, primero el Administrador de Reclamos debe establecer que existe suficiente evidencia para concluir que, aunque no se ha probado, el servicio tiene un potencial significativo como un tratamiento eficaz para esa Afección o Condición.

Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos: son servicios para el cuidado de la salud, incluidos suministros o Productos Farmacéuticos, que el Administrador de Reclamos determina que reúnen todas las siguientes condiciones:

- Medicamento Necesario.
- Figuran como un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en la Sección *Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos* y en la *Lista de Beneficios*.
- No aparecen en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en la Sección *Exclusiones y Limitaciones*.
- Se proporcionan con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una Afección, una Lesión, una Enfermedad Mental y los Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos, o sus síntomas.
- Coinciden con la evidencia científica reconocida a nivel nacional, según esté disponible, y los estándares médicos y las pautas clínicas actuales. En la definición anterior, “evidencia científica” y “estándares médicos actuales” tienen los siguientes significados:
 - “Evidencia científica” significa los resultados de ensayos clínicos controlados u otros estudios publicados en la literatura médica revisada por pares y reconocida a nivel general por la comunidad de la especialidad médica correspondiente.
 - “Estándares médicos y pautas clínicas actuales” hace referencia a los estándares de cuidado profesionales reconocidos a nivel nacional, incluidos, entre otros, las declaraciones nacionales de consenso, las pautas clínicas reconocidas a nivel nacional y las pautas de las asociaciones de médicos especializados nacionales.

- No se proporcionan para la comodidad de la Persona Cubierta, el Médico, el centro u otra persona.
- Figuran como un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en la *Sección 1: Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos* y en la *Lista de Beneficios*.
- Se proporcionan a una Persona Cubierta que cumple los requisitos de elegibilidad del Plan.
- No aparecen en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en la *Sección: Exclusiones y Limitaciones*.

Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia: examen médico, examen y evaluación de un Médico o, en la medida de lo permitido por la ley aplicable, de otro personal apropiado bajo la supervisión de un Médico para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia y, si este es el caso, el cuidado, el tratamiento o la cirugía para un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto por parte de un Médico que son necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica de Emergencia, dentro de la capacidad de servicio de un Hospital.

Servicios para el Cuidado de la Salud Mental: Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para el diagnóstico y tratamiento de las categorías de salud mental o psiquiátricas detalladas en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y Conductuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades* o el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense*. El hecho de que una condición figure en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y Conductuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades* o el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense* no significa que el tratamiento para la condición sea un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.

Servicios para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos: Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos para el diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos que se detallan en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades* o del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense*. El hecho de que un trastorno figure en la edición actual de la *Sección sobre Trastornos Mentales y Conductuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades* o el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense* no significa que el tratamiento del trastorno sea un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.

Servicios Quiroprácticos: un tipo de cuidado proporcionado por quiroprácticos para problemas diagnosticados de los músculos, los nervios y las articulaciones. Se realiza una movilización de las partes del cuerpo con las manos o un pequeño instrumento, cuyo resultado es el siguiente:

- Restaurar o mejorar el movimiento.
- Reducir el dolor.
- Aumentar el funcionamiento.

Tarifa de Servicio: la tarifa periódica que debe pagar cada Participante y cada Dependiente Inscrito, según los términos del Plan.

Terapia Celular: administración de células enteras vivas a un paciente para el tratamiento de una enfermedad.

Terapia de Genes: provisión terapéutica de ácido nucleico (ADN o ARN) a las células de un paciente en forma de medicamento a fin de tratar una enfermedad.

Terapia del Comportamiento Intensiva (IBT): servicios para el Cuidado de la Salud Mental para pacientes ambulatorios que apuntan a reforzar el comportamiento adaptativo, reducir el comportamiento inadaptado y mejorar el dominio de las habilidades funcionales apropiadas de la edad en personas con Trastornos del Espectro Autista. La Terapia del Comportamiento Intensiva (Intensive Behavioral Therapy, IBT) más común es el *Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)*.

Trastorno del Espectro Autista: una condición marcada por problemas duraderos de comunicación e interacción con los demás, junto con comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos.

Tratamiento de Manipulación (ajuste): un tipo de cuidado proporcionado por quiroprácticos y osteópatas para los problemas diagnosticados de los músculos, los nervios y las articulaciones. Se realiza una movilización de las partes del cuerpo con las manos o un pequeño instrumento, cuyo resultado es el siguiente:

- Restaurar o mejorar el movimiento.
- Reducir el dolor.
- Aumentar el funcionamiento.

Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios: un programa de tratamiento estructurado de salud mental o de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos para pacientes ambulatorios. El programa puede ser independiente o basado en un Hospital, y proporciona servicios durante al menos tres horas por día, dos o más días por semana.

Tratamiento Residencial: tratamiento en un centro establecido y operado según la ley, que proporciona Servicios para el Cuidado de la Salud Mental o Servicios para Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos. Debe cumplir todos los siguientes requisitos:

- Proporciona un programa de tratamiento aprobado por la Persona Designada para los Servicios de Salud Mental/Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos, bajo la participación y dirección activa de un Médico.
- Tiene o mantiene un programa escrito de tratamiento detallado y específico que requiere la residencia y participación de tiempo completo.
- Proporciona al menos los siguientes servicios básicos las 24 horas en un ambiente estructurado:
 - Habitación y comida.
 - Evaluación y diagnóstico.
 - Asesoramiento.
 - Referencia y orientación a los recursos comunitarios especializados.

Un Centro de Tratamiento Residencial que califica como Hospital se considera un Hospital.

Vivienda de Transición: Servicios para el cuidado de la salud mental y para trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos que se proporcionan a través de centros, hogares comunitarios y apartamentos supervisados que ofrecen supervisión las 24 horas y cumplen cualquiera de los siguientes requisitos:

- Viviendas para residentes sobrios, como alojamientos sin drogas u hogares de rehabilitación para personas con problemas de alcohol o de drogas. Proporcionan una vivienda estable y segura, un ambiente sin alcohol ni drogas y apoyo para la recuperación. Pueden usarse como complemento del tratamiento ambulatorio cuando este no ofrece la intensidad y la estructura necesarias para ayudarle en la recuperación.
- Viviendas supervisadas que son residencias, como centros, hogares comunitarios y apartamentos supervisados. Ofrecen a los miembros una vivienda estable y segura, y la oportunidad de aprender cómo manejar sus actividades de la vida diaria. Pueden usarse como complemento del tratamiento cuando este no ofrece la intensidad y la estructura necesarias para ayudarle en la recuperación.

Real Appeal

Esta Enmienda al Plan es emitida por el Patrocinador del Plan como se describe a continuación.

Dado que la presente Enmienda forma parte de un documento legal, el Plan quiere proporcionarle información sobre el documento que le ayudará a comprenderlo. Algunos términos en mayúscula tienen significados especiales. El Plan ha definido estos términos en el *Resumen de la Descripción del Plan en Términos Definidos*.

¿Qué es la Enmienda Real Appeal?

Esta Enmienda del Plan les proporciona a las Personas Cubiertas que cumplen los requisitos mayores de 18 años una intervención virtual en el estilo de vida por condiciones relacionadas con el peso. Real Appeal está diseñada para ayudar a las personas en riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la obesidad.

Esta intervención del comportamiento intensiva y de múltiples componentes brinda apoyo durante 52 semanas. El apoyo incluye asesoramiento personalizado con un asesor virtual en vivo y participación grupal en internet con contenido de respaldo en video. La experiencia se personalizará para cada persona mediante una sesión introductoria en Internet.

Estos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos serán individualizados y es posible que incluyan los siguientes servicios:

- Apoyo virtual y herramientas de autoayuda: asesoramiento personalizado, sesiones de apoyo grupales, videos educativos, materiales adaptados, plataforma de Internet integrada y aplicaciones móviles.
- Materiales educativos y de capacitación centrados en la determinación de objetivos, las habilidades de resolución de problemas, las barreras y las estrategias para mantener los cambios.
- Asesoramiento para el cambio en el comportamiento por parte de un asesor especialmente capacitado en la pérdida de peso clínica.

Si desea obtener información sobre estos Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos, puede comunicarse con el Administrador de Reclamos a través de www.realappeal.com, <https://member.realappeal.com> o al número que figura en su tarjeta de ID.

Programas Clínicos y Recursos

Administración de cuidado de la salud

Soluciones de Administración de Cuidado de la Salud

Coordinación del Cuidado de la Salud Estándar

El Administrador de Reclamos proporciona un programa llamado Care CoordinationSM diseñado para alentar el cuidado personalizado y eficaz para usted y sus Dependientes cubiertos.

Las enfermeras de Care CoordinationSM centran sus esfuerzos en la prevención, educación y reducción de deficiencias en su cuidado. El objetivo del programa es asegurarse de que usted reciba los servicios más adecuados y eficientes en costo que estén disponibles.

Las enfermeras de Care CoordinationSM proporcionarán diferentes servicios para ayudarle a usted y sus familiares cubiertos a recibir cuidado médico apropiado. Los componentes del programa están sujetos a cambios sin previo aviso. Cuando llame al Administrador de Reclamos según se requiere, trabajará con usted para implementar el proceso de Care CoordinationSM y para proporcionarle información sobre servicios adicionales que están disponibles para usted, como programas para el manejo de enfermedades, información educativa sobre la salud y protección de los derechos del paciente. Hasta la publicación de este CERTIFICADO DE COBERTURA, el programa de Care CoordinationSM incluye lo siguiente:

- **Asesoramiento para la Admisión:** Las Enfermeras están disponibles para ayudarle a prepararse para una admisión quirúrgica y una recuperación exitosas. Llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID para obtener ayuda.
- **Administración del Cuidado para Pacientes Hospitalizados:** Si es hospitalizado, una enfermera de Care CoordinationSM trabajará con su Médico para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita y que el plan de tratamiento de su Médico se lleva a cabo de forma eficaz.
- **Administración de Readmisiones:** El objetivo de este programa es ser un enlace entre el Hospital y su hogar en caso de que tenga un alto riesgo de ser readmitido. Después de salir del Hospital, si tiene determinada condición crónica o compleja, es posible que reciba una llamada telefónica de una enfermera de Care CoordinationSM para confirmarle que ya están preparados los medicamentos, el equipo necesario o los servicios de seguimiento. La enfermera también le proporcionará información importante sobre el cuidado de la salud, le reiterará y reforzará las instrucciones del alta, y le ayudará a tener una transición segura a su hogar.
- **Administración de Riesgos:** Este programa está diseñado para los participantes con determinadas condiciones crónicas o complejas, y trata necesidades de cuidado de la salud como el acceso a especialistas médicos, la información sobre medicamentos y la coordinación de equipos y suministros. Es posible que los participantes reciban una llamada telefónica de una enfermera de Care CoordinationSM para discutir y compartir información importante sobre el cuidado de la salud relacionada con la condición crónica o compleja específica del participante.

Si no recibe una llamada de una enfermera de Care CoordinationSM pero cree que puede beneficiarse de cualquiera de estos programas, llame al número que figura en su tarjeta de ID.

Condiciones Médicas Complejas, Programas y Servicios

Programa de Servicios de Recursos para el Cáncer (CRS)

Su Plan ofrece el programa de Servicios de Recursos para el Cáncer (Cancer Resource Services, CRS) para proporcionarle acceso a información y asistencia para miembros a través de un equipo de enfermeras consejeras especializadas en cáncer y acceso a uno de los programas para el cáncer líderes del país.

Para obtener más información acerca de los Servicios de Recursos para el Cáncer, visite www.myoptumhealthcomplexmedical.com, o bien, llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID o llame directamente al programa al 1-866-936-6002.

La cobertura para servicios de oncología y servicios relacionados con oncología se basa en los términos, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones su plan de salud, incluidos el cumplimiento de los requisitos del plan y las pautas de cobertura. La participación en este programa es voluntaria.

El Patrocinador del Plan le proporciona asistencia para viajes y alojamiento. Consulte el *Programa de Asistencia para Viajes y Alojamiento*.

Servicios de Recursos para Enfermedad Congénita del Corazón (CHD)

El Administrador de Reclamos proporciona un programa que identifica y apoya a una Persona Cubierta que tiene Enfermedad Congénita del Corazón (CHD) en todas las etapas del tratamiento y la recuperación. Este programa trabajará con usted y con sus Médicos, según corresponda, para ofrecer apoyo y educación sobre enfermedades congénitas del corazón. Las características del programa incluyen manejo clínico por parte de enfermeras especializadas en enfermedad congénita del corazón, ayuda para Trabajadores Sociales especializados, ayuda para elegir Médicos y Centros, y acceso a Proveedores Designados.

Para obtener más información acerca de los Servicios de Recursos para Enfermedad Congénita del Corazón, visite www.myoptumhealthcomplexmedical.com o llame al Administrador de Reclamos al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

La cobertura para cirugías de enfermedad congénita del corazón y servicios relacionados se basa en los términos, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de su plan de salud, incluidos los requisitos de elegibilidad del plan y las pautas de cobertura. La participación en este programa es voluntaria. Si está pensando en someterse a una cirugía de enfermedad congénita del corazón, debe comunicarse con Servicios de Recursos para Enfermedad Congénita del Corazón antes de la cirugía para inscribirse en el programa a fin de que la cirugía se considere un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto en virtud del Plan.

El Patrocinador del Plan le proporciona asistencia para viajes y alojamiento. Consulte el *Programa de Asistencia para Viajes y Alojamiento*.

Programas para la Enfermedad Renal

Programa de Servicios para Recursos Renales (KRS)

El programa de Servicios para Recursos Renales proporciona a las Personas Cubiertas acceso a una enfermera titulada defensora que se especializa en ayudar a personas que viven con una enfermedad renal. Como Participante del programa de Servicios para Recursos Renales (Kidney Resource Services, KRS), trabajará con una enfermera que le proporcionará apoyo e información. La enfermera puede ayudarle a manejar otras condiciones, como diabetes y presión arterial alta. También puede ayudarle a encontrar médicos, especialistas y centros de diálisis. Este programa está disponible sin costo adicional para usted.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

Con Servicios para Recursos Renales, tiene acceso a una enfermera titulada especialista en salud de los riñones. Este programa está diseñado para ayudarle a ser su mejor defensor para su salud. Es posible que haya sido remitido al programa de Servicios para Recursos Renales por su proveedor médico o por información de reclamos previos. Como parte de los beneficios de su seguro de salud, está disponible sin costo adicional para usted.

Las enfermeras defensoras de Servicios para Recursos Renales están disponibles de lunes a viernes sin costo alguno llamando al 1-866-561-7518 (TTY: 711).

La cobertura para diálisis y servicios relacionados con los riñones se basa en los términos, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de su plan de salud, incluidos los requisitos de elegibilidad del plan y las pautas de cobertura. La participación en este programa es voluntaria.

Programa de Servicios de Recursos para Trasplante (TRS)

Su Plan ofrece el programa de Servicios de Recursos para Trasplante (Transplant Resource Services, TRS) para proporcionarle acceso a uno de los principales programas de trasplante de la nación. Recibir servicios de trasplante a través de este programa significa que su tratamiento de trasplante se basa en un enfoque de “mejores prácticas” de los profesionales de cuidado de la salud con extensa pericia en trasplantes.

Para obtener más información acerca de los Servicios de Recursos para Trasplante, visite www.myoptumhealthcomplexmedical.com o llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

La cobertura para trasplante y servicios relacionados con trasplante se basa en los términos, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones su plan de salud, incluidos los requisitos de elegibilidad del plan y las pautas de cobertura. La participación en este programa es voluntaria.

El Patrocinador del Plan le proporciona asistencia para Viajes y Alojamiento. Consulte el *Programa de Asistencia para Viajes y Alojamiento*.

Programa de Asistencia para Viajes y Alojamiento

El Patrocinador del Plan le proporciona asistencia para viajes y alojamiento. La asistencia para Viajes y Alojamiento solo está disponible para usted o el familiar que cumple los requisitos si reúnen las condiciones para el beneficio, como el hecho de recibir cuidados a través de un Proveedor Designado y la distancia que haya entre su dirección particular y el centro. Las Cantidades Permitidas se reembolsan luego de que se completan y presentan los formularios de gastos con los recibos apropiados.

Si tiene preguntas específicas sobre el Programa de Asistencia para Viajes y Alojamiento, llame a la oficina de Viajes y Alojamiento al 1-800-842-0843.

Gastos de Viaje y Alojamiento

El Plan cubre los siguientes gastos de viaje y alojamiento para el paciente, siempre y cuando no esté cubierto por Medicare, y un acompañante:

- El transporte del paciente y un acompañante que viaje el mismo día hacia y desde el sitio del procedimiento calificado realizado por un Proveedor Designado, con el propósito de llevar a cabo una evaluación, el procedimiento o el seguimiento necesario después del alta.
- La Cantidad Permitida para el alojamiento del paciente (mientras no se encuentre hospitalizado) y un acompañante.
- Si el paciente es un Dependiente menor de edad Inscrito, se cubrirán los gastos de transporte para dos acompañantes.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Los Gastos de Viaje y Alojamiento solo están disponibles si el paciente reside a más de 50 millas de distancia del Proveedor Designado.
- El reembolso de ciertos gastos de alojamiento del paciente y sus acompañantes se puede incluir en los ingresos gravables del Participante del Plan si el reembolso excede la tarifa diaria.
- Los programas de trasplante, enfermedad congénita del corazón y cáncer ofrecen un máximo una vez en la vida combinado total de \$10,000 una vez en la vida por Persona Cubierta para todos los gastos de transporte y alojamiento en los que esta incurra y se reembolsen según el Plan en relación con todos los procedimientos calificados.

Para que usted obtenga el reembolso, el Administrador de Reclamos debe recibir, primero, los recibos válidos de los gastos. El reembolso es el siguiente:

Alojamiento

- Una tarifa diaria de hasta \$50.00 por día para el paciente o el cuidador si el paciente se encuentra en el Hospital.
- Una tarifa diaria de hasta \$100.00 por día para el paciente y un cuidador. Cuando el paciente es un menor, este puede ser acompañado por dos personas.

Ejemplos de gastos sin cobertura:

- Alimentos.
- Bebidas alcohólicas.
- Artículos personales o de limpieza.
- Comidas.
- Vendajes o suministros médicos de venta sin receta.
- Depósitos.
- Servicios públicos o alquiler de muebles, cuando se facturan por separado del pago del alquiler.
- Llamadas telefónicas, periódicos, alquiler de películas.

Transporte

- Distancia recorrida en automóvil (se reembolsa a la tarifa médica del Servicio de Impuestos Internos [Internal Revenue Service, IRS]) por la ruta más directa entre la casa del paciente y el centro designado.
- Tarifas de taxi (no incluye limusinas ni servicios de automóvil).
- Boleto de avión en clase económica o turista.
- Estacionamiento.
- Tren.
- Embarcación.
- Autobús.
- Peajes.

Apoyo para Tomar Decisiones

NurseLineSM

NurseLineSM es un servicio telefónico que le pone en contacto inmediatamente con una enfermera titulada con experiencia en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las enfermeras pueden proporcionar información de salud para ayudarle a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud más informadas. Cuando llame, es posible que una enfermera titulada le refiera a cualquier recurso adicional que el Patrocinador del Plan tenga disponible que pueda ayudarle a mejorar su salud y bienestar o manejar una condición crónica. Llame en cualquier momento cuando desee obtener más información sobre:

- Un diagnóstico reciente.
- Una Afección o Lesión menor.
- Bienestar para hombres, mujeres y niños.
- Cómo tomar Medicamentos con Receta de manera segura.
- Consejos de autocuidado y opciones de tratamiento.
- Hábitos de vida saludable.
- Cualquier otro tema relacionado con la salud.

NurseLineSM le ofrece otra manera de acceder a información de salud. Al llamar al mismo número, puede escuchar uno de los más de 1,100 mensajes grabados de la Biblioteca de Información sobre la Salud, con más de la mitad en español.

NurseLineSM está disponible para usted sin costo adicional. Para utilizar este servicio, simplemente llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

Nota: Si tiene una emergencia médica, llame al 911 en vez de llamar a NurseLineSM. Su hijo tiene fiebre y es la 1:00 a. m. ¿Qué debe hacer?

Llame a NurseLineSM en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede contar con NurseLineSM para responder sus preguntas de salud.

Manejo de Enfermedades

Si le han diagnosticado ciertas condiciones médicas crónicas, puede cumplir los requisitos para participar en un programa para el manejo de enfermedades sin costo adicional para usted. Los programas para insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes y asma fueron diseñados para brindarle apoyo. Eso significa que recibirá información educativa gratis por correo y hasta puede llamarle por teléfono una enfermera titulada que es especialista en la condición médica específica que usted padece. Dicha enfermera servirá de recurso para aconsejarle y ayudarle a manejar su condición.

Estos programas ofrecen lo siguiente:

- Materiales educativos enviados a su casa que proporcionan orientación para el manejo de su condición médica crónica específica. Estos pueden incluir información sobre síntomas, señales de advertencia, técnicas de automanejo, exámenes recomendados y medicamentos.
- Acceso a recursos educativos y de automanejo en un sitio web para consumidores.
- La oportunidad de que la enfermera de manejo de enfermedades trabaje con su Médico para asegurarse de que usted reciba el cuidado apropiado.

- Acceso al apoyo personalizado de una enfermera titulada que se especializa en su condición. Los temas de apoyo pueden incluir, por ejemplo:
 - Educación sobre la enfermedad y la condición específica.
 - Administración de medicamentos y cumplimiento.
 - Refuerzo de las metas del programa de modificación del comportamiento en Internet.
 - Preparación y apoyo para las próximas visitas al Médico.
 - Revisión de servicios psicosociales y recursos de la comunidad.
 - Estado de cuidadores y seguridad en el hogar.
 - Uso de la farmacia de pedidos por correo y proveedores de la red.

La participación es totalmente voluntaria y sin costo adicional. Si cree que puede cumplir los requisitos para participar o desea obtener información adicional sobre el programa, comuníquese al número que figura al dorso de su tarjeta de ID.

Administración de Bienestar/Cuidado preventivo

HealthNotesSM

El Administrador de Reclamos proporciona un servicio llamado HealthNotesSM. HealthNotesSM les proporciona a usted y a su médico información sobre cuidado preventivo, pruebas o medicamentos, posibles interacciones con medicamentos que le han recetado y ciertos tratamientos. Además, su informe de HealthNotesSM puede incluir consejos de salud y otro tipo de información de bienestar. El Administrador de Reclamos proporciona esta información a través de un programa de software que ofrece una identificación de cuidado médico retrospectiva y basada en reclamos. Mediante este proceso, se identifica a los pacientes que pueden beneficiarse de esta información usando estándares de medicina basada en evidencia establecidos, según se describe en la definición de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos en los *Términos Definidos*.

Si su Médico tiene alguna inquietud después de revisar su informe de HealthNotesSM, es posible que se comunique con usted si lo considera apropiado. Además, puede usar la información de su informe para hablar con su Médico acerca de su salud y de la información que proporciona el Administrador de Reclamos. Sin embargo, las decisiones con respecto a su cuidado se toman siempre entre usted y su Médico.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener información adicional sobre este servicio, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de ID.

Salud de la Mujer/Salud Reproductiva

Programa de Apoyo para la Maternidad

Si está embarazada o planea quedar embarazada y está inscrita en el Plan médico, puede acceder a información educativa y administración de casos integral, llamando al número que figura en su tarjeta de ID. Una enfermera obstetra (obstetric, OB) asignada se encargará de inscribirla en el programa.

El programa ofrece lo siguiente:

- Inscripción a cargo de una enfermera obstetra.
- Asesoramiento en salud antes de la concepción.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Recursos educativos escritos y en Internet que tratan una gran variedad de temas.
- Exámenes de detección de riesgos en el primer y segundo trimestre.
- Identificación y manejo de condiciones de riesgo o alto riesgo que pueden afectar el Embarazo.
- Consulta previa al parto.
- Coordinación y referencias para otros Beneficios y programas disponibles en el plan médico.
- Llamada telefónica de una enfermera, aproximadamente, dos semanas después del parto para proporcionar información sobre posparto y cuidado para recién nacidos, alimentación, nutrición, vacunas, etc.
- Evaluación de depresión posparto.

La participación es totalmente voluntaria y sin costo adicional. Para sacar el máximo provecho del programa, la alentamos a inscribirse dentro del primer trimestre del Embarazo. Podrá inscribirse en cualquier momento hasta la semana 34. Para inscribirse, llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

Como Participante del programa, podrá llamar siempre a su enfermera para plantearle todas las preguntas o dudas que tenga.

Servicios de Recursos Neonatales

Servicios de Recursos Neonatales (Neonatal Resource Services, NRS) es un programa administrado por el Administrador de Reclamos o sus afiliadas puesto a su disposición por el Patrocinador del Plan. El programa de Servicios de Recursos Neonatales proporciona acceso guiado a una red de proveedores de la unidad de cuidados intensivos neonatales (neonatal intensive care unit, NICU) con credenciales y servicios de asesoramiento de enfermeras especiales para ayudar a manejar las admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Cuando se inscribe en este programa, el Plan paga Beneficios para servicios en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales proporcionados por Proveedores Designados que participan en el programa de Servicios de Recursos Neonatales. El programa de Servicios de Recursos Neonatales proporciona acceso guiado a una red de proveedores de la unidad de cuidados intensivos neonatales con credenciales y servicios de asesoramiento de enfermeras especiales para manejar las admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Para participar en el programa de Servicios de Recursos Neonatales, llame a la enfermera neonatal al 1-866-534-7209. El Plan solo pagará Beneficios del programa de Servicios de Recursos Neonatales si dicho programa le proporciona la notificación adecuada al Proveedor Designado que proporciona los servicios (incluso si usted se autorefiere a un proveedor de esa Red).

Usted o su Dependiente cubierto también pueden:

- Llamar al Administrador de Reclamos.
- Llamar a Servicios de Recursos Neonatales al 1-888-936-7246 y seleccionar la opción para Servicios de Recursos Neonatales.

Para recibir Beneficios en la unidad de cuidados intensivos neonatales, no es necesario que visite a un Proveedor Designado. Si recibe servicios de un centro que no es un Proveedor Designado, el Plan paga Beneficios según se describe en la categoría de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos.

Herramientas de Autoservicio y Soluciones para el Consumidor

El Patrocinador del Plan cree en brindarle herramientas que le ayuden a ser un usuario instruido en el cuidado de la salud. Para ese fin, el Patrocinador del Plan ha puesto a disposición varios servicios educativos y de apoyo convenientes, a los que puede acceder por teléfono o internet, y que pueden ayudarle con lo siguiente:

- A cuidarse y a cuidar a sus familiares.
- A manejar condiciones de salud crónicas.
- A orientarse en las complejidades del sistema de cuidado de la salud.

NOTA: La información obtenida a través de los servicios que se identifican en esta sección se basa en bibliografía médica actual y en la revisión de Médicos. Dicha información no tiene como fin reemplazar el consejo de un médico, El objetivo de la información es ayudarle a tomar decisiones más informadas sobre el cuidado de la salud y a ser más responsable de su propia salud. Ni el Administrador de Reclamos ni el Patrocinador del Plan serán responsables de los resultados de las decisiones que usted tome a partir de la información, incluidas, entre otras, la decisión de solicitar o no cuidado médico profesional, de determinar a qué proveedor solicitarle cuidado médico profesional, o de elegir o no un tratamiento específico.

www.myuhc.com

El sitio web para miembros de UnitedHealthcare, www.myuhc.com, le ofrece información al alcance de su mano en cualquier momento y en cualquier lugar donde tenga acceso a Internet. www.myuhc.com brinda acceso a una gran cantidad de información sobre salud y a herramientas de autoservicio.

Con www.myuhc.com, puede hacer lo siguiente:

- Investigar sobre una condición de salud y las opciones de tratamiento a fin de prepararse para discutir el tema con su Médico.
- Buscar proveedores de la Red que estén disponibles en su Plan a través del directorio de proveedores en Internet.
- Acceder a todo el contenido y los temas de bienestar de NurseLineSM.
- Completar una encuesta de salud para ayudarle a identificar los hábitos de salud que puede mejorar, aprender técnicas para un estilo de vida saludable y acceder a recursos para la mejora de la salud.
- Usar la calculadora de costos de tratamientos para obtener un cálculo aproximado de los costos de diferentes procedimientos realizados en su área.
- Usar la herramienta de comparación de Hospitales para comparar las diferentes medidas de calidad y seguridad del paciente de los Hospitales de su área.

Registrarse en www.myuhc.com.

Si aún no se ha registrado en www.myuhc.com, simplemente visite www.myuhc.com y haga clic en "Register Now" (Registrarse ahora). Tenga su tarjeta de ID a mano. El proceso de inscripción es rápido y fácil.

Visite www.myuhc.com y realice lo siguiente:

- Haga averiguaciones en tiempo real sobre el estado y el historial de sus reclamos.
- Vea información sobre Beneficios del Plan y cómo cumplir los requisitos.

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

- Vea e imprima todas sus Explicaciones de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en internet.
- Solicite una tarjeta de ID nueva o de reemplazo, o imprima una tarjeta de ID temporal.

¿Desea obtener más información sobre una condición o tratamiento?

Inicie sesión en www.myuhc.com e investigue sobre temas de salud que sean de su interés. Conozca acerca de una condición específica, cuáles son los síntomas, cómo se diagnostica, con qué frecuencia se da y qué preguntas hacerle al Médico.

Encuesta de Salud

Le invitamos a obtener más información sobre salud y bienestar en www.myuhc.com y le recomendamos que participe en la encuesta de salud en Internet. La encuesta de salud es un cuestionario interactivo diseñado para ayudarle a identificar sus hábitos saludables y los posibles riesgos para su salud.

La encuesta de salud es confidencial. El hecho de contestar la encuesta no afectará de ningún modo sus Beneficios ni los requisitos que debe cumplir para recibir dichos Beneficios.

Para encontrar la encuesta de salud, inicie sesión en www.myuhc.com y acceda a su página personalizada de Health & Wellness (Salud y bienestar). Si necesita asistencia con la encuesta por Internet, llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

United Healthcare Services, Inc.

¿Cuándo Están Disponibles los Beneficios para Medicamentos con Receta?

Los Beneficios están disponibles para Medicamentos con Receta en Farmacias de la Red y están sujetos a Copagos o Coseguro u otros pagos que varían según el nivel en el que se ubique el Medicamento con Receta en la Lista de Medicamentos con Receta.

Los Beneficios para Medicamentos con Receta están disponibles cuando el Medicamento con Receta cumple con la definición de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubierto o se receta para prevenir la concepción.

¿Qué Sucede cuando un Medicamento de Marca sale al Mercado como Genérico?

Si un Genérico se pone a disposición como Medicamento con Receta de Marca, es posible que cambie la asignación de nivel del Medicamento con Receta de Marca. Por lo tanto, su Copago o Coseguro podrían cambiar, o ya no tendrá Beneficios para ese Medicamento con Receta de Marca en particular.

¿Cómo se Aplican los Límites de Suministro?

Los Beneficios para Medicamentos con Receta están sujetos a los límites de suministro que se indican en la columna “Descripción y Límites de Suministro” de la tabla Información de Beneficios. Por un solo Copago o Coseguro, podrá recibir un Medicamento con Receta hasta el límite de suministro indicado.

Nota: Algunos productos están sujetos a límites de suministro adicionales en función de los criterios que el Administrador de Reclamos ha desarrollado. Los límites de suministro están sujetos, de vez en cuando, a la revisión y los cambios que el Administrador de Reclamos haga. Esto podría limitar la cantidad entregada por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido, o la cantidad que se entrega por suministro del mes, o bien, podría requerir que se entregue una cantidad mínima.

Podrá averiguar si un Medicamento con Receta tiene un límite de suministro para su entrega comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

¿Se Aplican Requisitos de Preautorización?

Antes de que se le entreguen ciertos Medicamentos con Receta, su Médico, su farmacéutico o usted deberán obtener preautorización del Administrador de Reclamos o su delegado. El motivo de obtener preautorización del Administrador de Reclamos es determinar si el Medicamento con Receta, según las pautas aprobadas del Administrador de Reclamos, cumple con lo siguiente:

- Cumple con la definición de Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.
- No es un Servicio Experimental o en Investigación o No Comprobado.

El Plan también puede requerirle que obtenga preautorización del Administrador de Reclamos o su delegado para que el Administrador de Reclamos pueda determinar si el Medicamento con Receta, según las pautas aprobadas del Administrador de Reclamos, fue recetado por un Especialista.

Preautorización para Farmacia de la Red

Cuando los Medicamentos con Receta se entregan en una Farmacia de la Red, el proveedor que emite la receta, el farmacéutico o usted son responsables de obtener preautorización del Administrador de Reclamos.

Si no obtiene preautorización del Administrador de Reclamos antes de que le entreguen el Medicamento con Receta, es posible que tenga que pagar más por ese Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido. Los Medicamentos con Receta que requieren preautorización están sujetos, de vez en cuando, a la revisión y los cambios que el Administrador de Reclamos haga. Puede averiguar si un Medicamento con Receta en particular requiere notificación/preautorización comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Si no obtiene preautorización del Administrador de Reclamos antes de que le entreguen el Medicamento con Receta, podrá pedirle al Administrador de Reclamos que considere el reembolso después de que reciba el Medicamento con Receta. Tendrá que pagar el Medicamento con Receta en la farmacia. Puede solicitar un reembolso del Administrador de Reclamos según se describe en este *Resumen de la Descripción del Plan (CERTIFICADO DE COBERTURA)* en *Cómo Presentar un Reclamo*.

Si presenta un reclamo por este motivo, es posible que pague más porque no obtuvo preautorización del Administrador de Reclamos antes de que se le entregara el Medicamento con Receta. La cantidad que se le reembolse se determinará según el Cargo por Medicamento con Receta, menos el Copago o Coseguro requeridos, y cualquier Deducible que corresponda.

Es posible que los Beneficios no estén disponibles para el Medicamento con Receta después de que el Administrador de Reclamos revise la documentación proporcionada y determine que el Medicamento con Receta no es un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto, o que es un Servicio Experimental o en Investigación o No Comprobado.

Es posible que el Administrador de Reclamos también exija una preautorización para determinados programas que tengan requisitos específicos para la participación o la activación de un nivel intensificado de Beneficios relacionados con dichos programas. Para acceder a información sobre los programas disponibles y a los requisitos aplicables de preautorización, participación o activación relacionados con dichos programas, comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número que figura en su tarjeta de ID.

¿Se Aplica Terapia Escalonada?

Ciertos Medicamentos con Receta cuyos Beneficios se describen en este Plan de Medicamentos con Receta para pacientes ambulatorios están sujetos a requisitos de terapia escalonada. A fin de recibir Beneficios para dichos Medicamentos con Receta, primero debe usar un Medicamento con Receta diferente.

Podrá averiguar si un Medicamento con Receta está sujeto a requisitos de terapia escalonada comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

¿Qué Paga Usted?

El Administrador de Reclamos no debe permitir que determinados cupones u ofertas de fabricantes farmacéuticos o una afiliada se apliquen a su Deducible Anual. Puede acceder a la información sobre qué cupones u ofertas no están permitidos comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Debe pagar el Copago o Coseguro aplicable que se describe en la tabla Información de Beneficios.

La cantidad que paga por cualquiera de los siguientes elementos en virtud de este Plan de Medicamentos con Receta para pacientes ambulatorios no se incluirá en el cálculo de un Límite de

Plan Médico y de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios de South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund

Gastos de su Bolsillo que se establezca en este *CERTIFICADO DE COBERTURA*:

- Ciertos cupones u ofertas de fabricantes farmacéuticos o una afiliada. Puede acceder a la información sobre qué cupones u ofertas no están permitidos comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.
- Cualquier medicamento sin cobertura. Debe pagar el 100% del costo (la cantidad que le cobre la farmacia) por cualquier medicamento sin cobertura. Las tarifas contractuales del Administrador de Reclamos (el Cargo por Medicamento con Receta del Administrador de Reclamos) no estarán disponibles para usted.

Información Sobre Pagos

Los Límites de Gastos de su Bolsillo para Medicamentos se calculan por año calendario.

Plazo de Pago y Descripción	Cantidades
<p>Límite de Gastos de su Bolsillo para Medicamentos</p>	
<p>La cantidad máxima que se requiere que pague por los Medicamentos con Receta cubiertos en el período de un año. Una vez que alcanza el Límite de Gastos de su Bolsillo para Medicamentos, no deberá pagar Copagos ni Coseguros de Medicamentos con Receta cubiertos durante el resto del año.</p> <p>Cupones: el Administrador de Reclamos no debe permitir que determinados cupones u ofertas de fabricantes farmacéuticos o una afiliada se apliquen al Límite de Gastos de su Bolsillo para Medicamentos. Puede acceder a la información sobre qué cupones u ofertas no están permitidos comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.</p>	<p>\$2,000 por persona cubierta, sin exceder los \$6,000 para todas las personas cubiertas de una familia.</p>
<p>Copago y Coseguro</p>	
<p>Copago</p> <p>El Copago por un Medicamento con Receta en una Farmacia de la Red es una cantidad específica.</p> <p>Coseguro</p> <p>El Coseguro por un Medicamento con Receta en una Farmacia de la Red es un porcentaje del cargo por el Medicamento con Receta.</p> <p>Copago y Coseguro</p> <p>Su Copago o Coseguro se determina según la asignación de nivel del Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (PDL) para un Medicamento con Receta.</p> <p>Es posible que se reduzca su Copago o Coseguro si participa en determinados programas que podrían tener requisitos</p>	<p>En el caso de Medicamentos con Receta en una Farmacia minorista de la Red, usted es responsable de pagar lo que resulte menos de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Copago o Coseguro aplicable. • El Cargo Usual y Habitual de la Farmacia de la Red por el Medicamento con Receta. • El Cargo por Medicamento con Receta de ese Medicamento con Receta. <p>En el caso de Medicamentos con Receta en una Farmacia de pedidos por correo de la Red, usted es responsable de pagar lo que resulte menos de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Copago o Coseguro aplicable. • El Cargo por Medicamento con Receta de ese Medicamento con Receta. <p>Consulte los Copagos o Coseguros que figuran en la tabla Información de Beneficios para conocer las cantidades.</p>

Plazo de Pago y Descripción	Cantidades
<p>específicos para la participación o la activación de un nivel intensificado de Beneficios asociados a dichos programas. Puede acceder a información sobre estos programas y a cualquier requisito aplicable de preautorización, participación o activación asociado a dichos programas comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.</p> <p>Programas Especiales: Es posible que el Administrador de Reclamos tenga ciertos programas mediante los cuales pueda recibir un Copago o Coseguro reducido o aumentado según sus acciones, tales como la adhesión o el cumplimiento con los regímenes de medicamento o tratamiento, o la participación en programas de administración de salud. Puede acceder a la información sobre estos programas comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.</p> <p>Programa de Exención de Copago o Coseguro: Si está tomando determinados Medicamentos con Receta incluidos, entre otros, Medicamentos con Receta de Especialidad, y los cambia por determinados Medicamentos con Receta o Medicamentos con Receta de Especialidad en un nivel más bajo, es posible que el Administrador de Reclamos anule el Copago o Coseguro para uno o más de los Pedidos de Medicamentos con Receta o Resurtidos.</p> <p>Medicamentos con Receta recetados por un Especialista: Es posible que reciba un Copago o Coseguro reducido o aumentado según si el Medicamento con Receta fue recetado por un Especialista o no. Puede acceder a información sobre qué Medicamentos con Receta están sujetos a un Copago o Coseguro reducido o aumentado comunicándose con el Administrador de</p>	

Plazo de Pago y Descripción	Cantidades
<p>Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.</p> <p>NOTA: El estado de nivel de un Medicamento con Receta puede cambiar de vez en cuando. Generalmente estos cambios tienen lugar en forma trimestral, pero no más de seis veces por año calendario, según las decisiones de nivelación del Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta. Cuando eso sucede, es posible que tenga que pagar más o menos por un Medicamento con Receta, según la asignación de nivel. Comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para conocer el estado de nivel más actualizado.</p> <p>Cupones: Es posible que el Administrador de Reclamos no permita el uso de determinados cupones u ofertas de fabricantes farmacéuticos o una afiliada para reducir su Copago o Coseguro. Puede acceder a la información sobre qué cupones u ofertas no están permitidos comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.</p>	

Tabla de Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Los montos que se requiere que pague como se muestra a continuación en la *Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios* se basan en el Cargo por Medicamentos con Receta para los Beneficios de la Red.

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios	¿Cuál Es el Monto que Usted Paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos	Descripción y Límites de Suministro
Medicamentos con Receta de Especialidad		
<p>Su Copago o Coseguro se determina según la asignación de nivel del Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta para el Medicamento con Receta de Especialidad. Todos los Medicamentos con Receta de Especialidad en la Lista de Medicamentos con Receta se ubican en el Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para conocer la asignación de nivel.</p>	<p>Para un Medicamento con Receta de Especialidad del Nivel 1: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$15.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p> <p>Para un Medicamento con Receta de Especialidad del Nivel 2: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$125.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p> <p>Para un Medicamento con Receta de Especialidad del Nivel 3: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$250.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p>	<p>Se aplican los siguientes límites de suministro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Según lo escrito por el proveedor, hasta un suministro de 31 días consecutivos de un Medicamento con Receta de Especialidad, salvo que se ajuste según el tamaño del envase del fabricante del medicamento o según los límites de suministro. <p>Cuando un Medicamento con Receta de Especialidad está envasado o diseñado para proporcionar más de un suministro de 31 días consecutivos, el Copago o Coseguro que se aplique reflejará el número de días con suministro.</p> <p>Los límites de suministro se aplican a los Medicamentos con Receta de Especialidad que se obtengan en una</p>

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios	¿Cuál Es el Monto que Usted Paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos	Descripción y Límites de Suministro
		Farmacia de la Red, una Farmacia de pedidos por correo de la Red o una Farmacia Designada.
Medicamentos con Receta de una Farmacia Minorista de la Red		
<p>Su Copago o Coseguro se determina según la asignación de nivel del Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta para el Medicamento con Receta. Todos los Medicamentos con Receta en la Lista de Medicamentos con Receta se ubican en el Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para conocer la asignación de nivel.</p>	<p>Para un Medicamento con Receta del Nivel 1: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$15.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p> <p>Para un Medicamento con Receta del Nivel 2: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$35.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p> <p>Para un Medicamento con Receta del Nivel 3: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$60.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Un suministro de un ciclo de un anticonceptivo. Es posible que obtenga hasta tres ciclos de una vez si paga un Copago o Coseguro por cada ciclo suministrado. <p>Cuando un Medicamento con Receta está envasado o diseñado para proporcionar más de un suministro de 31 días consecutivos, el Copago o Coseguro que se aplique reflejará el número de días con suministro.</p>
Medicamentos con Receta de una Farmacia de Pedidos por Correo de la Red		
<p>Su Copago o Coseguro se determina según la asignación de nivel del Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta para el Medicamento con Receta. Todos los Medicamentos con Receta en la Lista de Medicamentos con Receta se ubican en el Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Comuníquese con nosotros en www.myuhc.com o al número de teléfono que</p>	<p>Para un suministro de hasta 90 días, usted paga:</p> <p>Para un Medicamento con Receta del Nivel 1: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$30.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p> <p>Para un Medicamento con Receta del Nivel 2: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$70.00 por Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.</p> <p>Para un Medicamento con Receta del Nivel 3: Nada del Cargo por Medicamento con Receta después de pagar \$120.00 por Pedido de</p>	<p>Se aplican los siguientes límites de suministro:</p> <p>El Administrador de Reclamos puede permitir un surtido para 31 días en la Farmacia de pedidos por correo para ciertos Medicamentos con Receta por el Copago o Coseguro que pagaría en una Farmacia minorista de</p>

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios	¿Cuál Es el Monto que Usted Paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos	Descripción y Límites de Suministro
<p>figura en su tarjeta de ID para conocer el estado de nivel.</p>	<p>Medicamentos con Receta o Resurtido.</p>	<p>la Red. Puede averiguar si un surtido para 31 días de Medicamentos con Receta está disponible a través de la Farmacia de Pedidos por Correo por un Copago o Coseguro de Farmacia minorista de la Red comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.</p> <p>Puede que se le solicite surtir un pedido inicial de Medicamento con Receta y obtener 2 resurtidos a través de una farmacia minorista antes de utilizar una Farmacia de pedidos por correo de la Red.</p> <p>Para maximizar su Beneficio, pídale a su Médico que escriba su Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido para un suministro de 90 días, con los resurtidos correspondientes. Se le cobrará un Copago o Coseguro de pedidos por correo por cualquier Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido enviado a la Farmacia de Pedidos por Correo, independientemente</p>

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios	¿Cuál Es el Monto que Usted Paga? Esto puede incluir un Copago, Coseguro o ambos	Descripción y Límites de Suministro
		de la cantidad de días de suministro que esté escrita en el Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido. Asegúrese de que su Médico escriba su Pedido de medicamentos con Receta y Resurtido por un suministro para 90 días, no para 30 días con tres resurtidos.

Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

United Healthcare Services, Inc.

Esta parte del Plan proporciona Beneficios de Medicamentos con Receta.

Dado que esta sección es parte de un documento legal, el Patrocinador del Plan quiere proporcionarle información sobre el documento que le ayudará a comprenderlo. Algunos términos en mayúscula tienen significados especiales. El Administrador de Reclamos ha definido estas palabras en el *Resumen de la Descripción del Plan (CERTIFICADO DE COBERTURA)* en *Términos Definidos* o en este Plan en *Términos Definidos de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios*.

Cuando el Patrocinador del Plan usa las palabras “usted” y “su”, se refiere a las personas que son Personas Cubiertas, como el término se define en *Términos Definidos*.

NOTA: La disposición de Coordinación de los Beneficios en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* en *Coordinación de los Beneficios* se aplica a los Medicamentos con Receta cubiertos a través de este Plan de Medicamentos con Receta para pacientes ambulatorios. Los Beneficios para los Medicamentos con Receta se coordinarán con los de cualquier otro plan de salud del mismo modo que los Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos que se describen en el *CERTIFICADO DE COBERTURA*.

Introducción al Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Políticas y Pautas de Cobertura

El Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (PDL) del Administrador de Reclamos hace cambios en la asignación de nivel en nombre del Administrador de Reclamos. El Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta ubica los Medicamentos con Receta aprobados por la FDA en niveles teniendo en cuenta una serie de factores que incluyen factores clínicos y económicos. Los factores clínicos pueden incluir revisión del lugar en la terapia o el uso en comparación con otros productos o servicios similares, el sitio de cuidado, seguridad o eficacia relativa del Medicamento con Receta, así como también si deberían aplicarse determinados límites de suministro o requisitos de preautorización. Los factores económicos pueden incluir el costo total del Medicamento con Receta, como los reembolsos y las evaluaciones de la eficacia de costo del Medicamentos con Receta.

Algunos Medicamentos con Receta son más eficientes en costo para tratar condiciones específicas en comparación con otros; por lo tanto, es posible que un Medicamento con Receta pueda ubicarse en varios niveles según la condición para la cual se recetó el Medicamento con Receta o si fue recetado por un Especialista.

El Administrador de Reclamos puede, ocasionalmente, cambiar la asignación de un Medicamento con Receta entre los distintos niveles. Por lo general, estos cambios ocurrirán cada tres meses, pero no más de seis veces por año calendario. Estos cambios pueden ocurrir sin entregarle previo aviso a usted.

Cuando se considera la colocación de un Medicamento con Receta en un nivel, el Comité de Gestión de la PDL revisa los factores clínicos y económicos con respecto a las Personas Cubiertas como una población general. Si un Medicamento con Receta en particular es apropiado para usted es una determinación que toman usted y el Médico que emite la receta.

NOTA: La asignación de nivel de un Medicamento con Receta puede cambiar periódicamente según el proceso que se describe arriba. Como consecuencia de dichos cambios, es posible que tenga que pagar más o menos por ese Medicamento con Receta. Comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para conocer la asignación de nivel más actualizada.

Tarjeta de ID: Farmacia de la Red

Deberá mostrar su tarjeta de ID en el momento en que obtenga su Medicamento con Receta en una Farmacia de la Red o deberá proporcionar a la Farmacia de la Red información identificatoria que el Administrador de Reclamos pueda verificar durante el horario de atención regular.

Si no muestra su tarjeta de ID o proporciona información que pueda verificarse en una Farmacia de la Red, tendrá que pagar el Cargo Usual y Habitual por el Medicamento con Receta en la farmacia.

Puede solicitar el reembolso del Plan según se describe en este *CERTIFICADO DE COBERTURA en Cómo Presentar un Reclamo*. Si presenta un reclamo por este motivo, es posible que tenga que pagar más porque no verificó si cumplía los requisitos cuando se le entregó el Medicamento con Receta. La cantidad que se le reembolse se determinará según el Cargo por Medicamento con Receta, menos el Copago o Coseguro requeridos, y cualquier Deducible que corresponda.

Presente su reclamo ante:

Optum Rx
PO Box 29077
Hot Springs, AR 71903

Farmacias Designadas

Si usted necesita ciertos Medicamentos con Receta incluidos, entre otros, Medicamentos con Receta de Especialidad, el Administrador de Reclamos puede indicarle una Farmacia Designada con la que el Administrador de Reclamos tiene un acuerdo para proporcionar esos Medicamentos con Receta.

Si se le indica una Farmacia Designada y usted elige no obtener el Medicamento con Receta de la Farmacia Designada, quedará sujeto al Beneficio fuera de la Red por ese Medicamento con Receta.

¿Cuándo el Administrador de Reclamos Limita la Selección de farmacias?

Si el Administrador de Reclamos determina que usted podría estar utilizando los Medicamentos con Receta de forma perjudicial o abusiva, o con una frecuencia perjudicial, es posible que se limite su opción de Farmacias de la Red. Si esto sucede, posiblemente el Administrador de Reclamos le pida que elija una Farmacia de la Red que le proporcionará y coordinará todos los servicios de farmacia futuros. Los Beneficios se pagarán solo si utiliza la Farmacia de la Red elegida. Si no toma una decisión dentro de los 31 días de la fecha en que el Administrador de Reclamos le notifica, el Administrador de Reclamos elegirá una Farmacia de la Red para usted.

Reembolsos y Otros Pagos

El Administrador de Reclamos y South Florida Hotel & Culinary Welfare Fund pueden recibir reembolsos por ciertos medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos con Receta. El Administrador de Reclamos no le traslada estos reembolsos a usted, tampoco se tienen en cuenta para determinar sus Copagos o Coseguro.

El Administrador de Reclamos, y varias de las entidades afiliadas del Administrador de Reclamos, realiza negocios con fabricantes farmacéuticos de forma independiente de este *Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios*. Dicho negocio puede incluir, entre otros, recopilación de datos, asesoramiento, subsidios educativos e investigaciones. Las cantidades que se reciban de los fabricantes farmacéuticos conforme a dichos acuerdos no se relacionan con este *Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios*. El Administrador de Reclamos no tiene la obligación de transferirle, y no le transfiere, dichas cantidades.

Cupones, Incentivos y Otras Comunicaciones

En varias ocasiones, es posible que el Administrador de Reclamos le envíe correspondencia o le proporcione otras comunicaciones a usted, a su Médico o a su farmacia que detallen una variedad de mensajes, incluida información sobre Medicamentos con Receta o sin receta. Estas comunicaciones pueden incluir ofertas que le permitan, según usted lo determine, comprar el producto descrito con un descuento. En algunos casos, entidades que no pertenecen a UnitedHealthcare pueden respaldar o proporcionar contenido para estas comunicaciones y ofertas. Solo usted y su Médico pueden determinar si es adecuado realizar un cambio en su régimen de Medicamentos con Receta o sin receta para su condición médica.

Programas Especiales

Es posible que el Administrador de Reclamos tenga programas mediante los que pueda recibir un Beneficio intensificado o reducido según sus acciones, tales como la adhesión o el cumplimiento con los regímenes de medicamento o tratamiento, o la participación en programas de administración de salud. Puede acceder a la información sobre estos programas comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Programa de Medicamentos de Mantenimiento

Si usted necesita ciertos Medicamentos de Mantenimiento, el Administrador de Reclamos puede indicarle una Farmacia de pedidos por correo de la Red para obtener dichos Medicamentos de Mantenimiento. Si elige no obtener los Medicamentos de Mantenimiento de una Farmacia de pedidos por correo de la Red, puede optar por salir del Programa de Medicamentos de Mantenimiento comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID. Si elige excluirse cuando se le indique una Farmacia de pedidos por correo de la Red, pero no informa al Administrador de Reclamos, no se pagará Beneficio alguno.

Medicamentos con Receta recetados por un Especialista

Es posible que reciba un Beneficio intensificado o reducido, o ningún Beneficio, según si el Medicamento con Receta fue recetado por un Especialista. Podrá acceder a información sobre qué Medicamentos con Receta están sujetos a una intensificación o reducción de Beneficios, o a ningún Beneficio, comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Beneficios para Medicamentos con Receta

Los Beneficios están disponibles para Medicamentos con Receta en Farmacias de la Red y están sujetos a Copagos o Coseguro u otros pagos que varían según el nivel en el que se ubique el Medicamento con Receta en la Lista de Medicamentos con Receta. Consulte la *Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios* para conocer los requisitos de Copagos o Coseguro aplicables.

Los Beneficios para Medicamentos con Receta están disponibles cuando el Medicamento con Receta cumple con la definición de Servicios para el Cuidado de la Salud Cubierto o se receta para prevenir la concepción.

Medicamentos con Receta de Especialidad

Los Beneficios se proporcionan para Medicamentos con Receta de Especialidad.

Si necesita Medicamentos con Receta de Especialidad, el Administrador de Reclamos puede indicarle una Farmacia Designada con la que tiene un acuerdo de proporcionar esos Medicamentos con Receta de Especialidad.

Si se le indica una Farmacia Designada y usted elige no obtener el Medicamento con Receta de Especialidad en la Farmacia Designada, no se pagará Beneficio alguno.

Consulte los *Términos Definidos de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios* para obtener una descripción completa de los Medicamentos con Receta de Especialidad y las Farmacias Designadas.

En la *Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para pacientes ambulatorios* se explicará cómo se aplican los límites de suministro de los Medicamentos con Receta de Especialidad.

Medicamentos con Receta de una Farmacia Minorista de la Red

Los Beneficios se proporcionan para los Medicamentos con Receta entregados por una Farmacia Minorista de la Red.

En la *Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios* se explicará cómo se aplican los límites de suministro de la Farmacia Minorista de la Red.

Medicamentos con Receta de una Farmacia de Pedidos por Correo de la Red

Los Beneficios se proporcionan para determinados Medicamentos con Receta entregados por una Farmacia de Pedidos por Correo de la Red.

En la *Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios* se explicará cómo se aplican los límites de suministro de la Farmacia de Pedidos por Correo de la Red.

Comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para averiguar si se proporcionan Beneficios para su Medicamento con Receta y para obtener información sobre cómo conseguir su Medicamento con Receta a través de una Farmacia de Pedidos por Correo de la Red.

Exclusiones del Plan de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Las exclusiones de cobertura que se enumeran en este *CERTIFICADO DE COBERTURA* también se aplican a este Plan de Medicamentos con Receta para pacientes ambulatorios. Además, se aplican las exclusiones que se enumeran a continuación.

Cuando se aplica una exclusión a determinados Medicamentos con Receta únicamente, puede comunicarse con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID para obtener información sobre los Medicamentos con Receta que están excluidos.

1. Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios obtenidos de una Farmacia fuera de la Red.
2. Cobertura de Medicamentos con Receta por la cantidad administrada (límite por cantidad o suministro de días) que excede el límite de suministro.
3. Cobertura de Medicamentos con Receta por la cantidad administrada (límite por cantidad o suministro de días) que es menor que el límite de suministro mínimo.
4. Medicamentos con receta que se administren fuera de los Estados Unidos, excepto que se requieran para tratamiento de emergencia.
5. Medicamentos que se recetan, se administran o se intentan utilizar durante una Estadía en un Hospital.
6. Servicios y Medicamentos Experimentales, en Investigación o No Comprobados; medicamentos utilizados para tratamientos experimentales para enfermedades específicas o regímenes de dosificación que el Administrador de Reclamos establece como experimentales, en investigación o no comprobados.
7. Medicamentos con Receta proporcionados por el gobierno local, estatal o federal. Cualquier Medicamento con Receta siempre que el pago o los Beneficios estén cubiertos o disponibles por parte del gobierno local, estatal o federal (por ejemplo, Medicare) ya sea que se reciban o no pagos o Beneficios, excepto que la ley indique lo contrario.
8. Medicamentos con Receta para cualquier Condición, Lesión, Enfermedad o Enfermedad Mental que surja del empleo, o en el curso de este, del cual se desprenden los Beneficios disponibles conforme a cualquier ley de seguro de accidentes laborales o leyes similares, ya sea que se haya realizado o no un reclamo de esos Beneficios o que se hayan recibido o no pagos o Beneficios.
9. Cualquier producto administrado con el propósito de suprimir el apetito o perder peso.
10. Un producto farmacéutico para el que se proporcionan Beneficios en virtud de la parte de Beneficios médicos del Plan en este *CERTIFICADO DE COBERTURA*. Esto incluye todas las formas de vacunas. Esta exclusión no aplica a Depo Provera y otros medicamentos inyectables utilizados como anticonceptivos.
11. Equipo Médico Duradero, incluso bombas de insulina y suministros relacionados, para el control y el tratamiento de la diabetes, para la que se proporcionan Beneficios en este *CERTIFICADO DE COBERTURA*. Suministros recetados y de venta libre para pacientes ambulatorios. Esto no se aplica a suministros para la diabetes y espaciadores para inhaladores específicamente indicados como cubiertos.
12. Vitaminas generales, excepto las siguientes que requieren un Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido:
 - Vitaminas prenatales.

- Vitaminas con fluoruro.
 - Vitaminas individuales.
13. Envase en dosis individuales o reenvasadores de Medicamentos con Receta.
 14. Medicamentos utilizados con propósitos estéticos.
 15. Medicamentos con Receta, incluidos nuevos Medicamentos con Receta o nuevas formas de dosificación que, según la determinación del Administrador de Reclamos, no cumplen con la definición de un Servicio para el Cuidado de la Salud Cubierto.
 16. Medicamentos con Receta como reemplazo de Medicamentos con Receta que se administraron previamente y que sufrieron pérdidas, robos, roturas o destrucción.
 17. Medicamentos con Receta que se receten para tratar la infertilidad.
 18. Ciertos Medicamentos con Receta para dejar de fumar.
 19. Medicamentos compuestos que contienen determinadas sustancias químicas a granel. (Los medicamentos compuestos que contienen al menos un ingrediente que requiera un Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido se ubican en el Nivel 3). Medicamentos compuestos que se consigan como Medicamento con Receta disponible en opción comercialmente similar.
 20. Medicamentos disponibles sin receta para los cuales la ley federal o estatal no requiera un Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido antes de ser entregados, salvo que el Administrador de Reclamos haya designado que el medicamento sin receta cumple los requisitos para recibir cobertura como si fuera un Medicamento con Receta y que se obtiene con un Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido emitido por un Médico. Medicamentos con Receta que estén disponibles sin receta o que tienen componentes que están disponibles sin receta o mediante una alternativa equivalente. Ciertos Medicamentos con Receta que el Administrador de Reclamos determine que son Terapéuticamente Equivalentes a un medicamento o suplemento sin receta. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario. El Administrador de Reclamos puede decidir en cualquier momento restablecer Beneficios para un Medicamento con Receta que fue previamente excluido en virtud de esta disposición.
 21. Ciertos Medicamentos con Receta Nuevos o formas de dosificación nuevas hasta la fecha en que el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta del Administrador de Reclamos los revise y los ubique en un nivel.
 22. Hormona de crecimiento para niños con baja estatura de familia (baja estatura por herencia y no causada por una condición médica diagnosticada).
 23. Todo producto cuyo uso primario sea como fuente de nutrición, suplemento nutricional o control dietético de una enfermedad y alimento para propósitos médicos con receta, incluso cuando se lo utilice para el tratamiento de enfermedades o lesiones.
 24. Un Medicamento con Receta que contenga ingredientes activos disponibles en otro Medicamento con Receta cubierto y que sean terapéuticamente equivalentes a este. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario. El Administrador de Reclamos puede decidir en cualquier momento restablecer Beneficios para un Medicamento con Receta que fue previamente excluido en virtud de esta disposición.
 25. Un Medicamento con Receta que contenga ingredientes activos que sean una versión modificada de otro Medicamento con Receta cubierto y sean terapéuticamente equivalentes a dicho medicamento. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario. El Administrador de Reclamos puede decidir en cualquier momento restablecer Beneficios para un Medicamento con Receta que fue previamente excluido en virtud de esta disposición.

26. Ciertos Medicamentos con Receta que cuentan con alternativas Terapéuticamente Equivalentes disponibles, a menos que se requiera lo contrario por ley o que el Administrador de Reclamos los apruebe de otro modo. Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario. El Administrador de Reclamos puede decidir en cualquier momento restablecer Beneficios para un Medicamento con Receta que fue previamente excluido en virtud de esta disposición.
27. Ciertos Medicamentos con Receta no recetados por un Especialista.
28. Un Medicamento con Receta que contenga marihuana, incluida la marihuana medicinal.
29. Productos dentales, incluidos, entre otros, fluoruro tópico con receta.
30. Un Medicamento con Receta con uno de los siguientes:
 - Un biosimilar aprobado.
 - Un medicamento biosimilar y terapéuticamente equivalente a otro Medicamento con Receta cubierto.

Con el propósito de esta exclusión, un “biosimilar” es un Medicamento con Receta biológico aprobado de acuerdo con los dos siguientes:

- Es muy similar a un producto de referencia (Medicamentos con Receta biológicos).
- No tiene diferencias clínicamente significativas en términos de seguridad y eficacia con el producto de referencia.

Estas determinaciones se pueden realizar hasta seis veces durante un año calendario. El Administrador de Reclamos puede decidir en cualquier momento restablecer Beneficios para un Medicamento con Receta que fue previamente excluido en virtud de esta disposición.

31. Materiales y productos de diagnóstico.
32. Monitores o aplicaciones de software disponibles al público en general que pueden estar disponibles con o sin pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido.
33. Cualquier medicamento que se utilice para el tratamiento de la disfunción eréctil o la disfunción sexual.

Términos Definidos de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Cargo por Medicamento con Receta: la tarifa que el Plan ha aceptado pagar al Administrador de Reclamos en nombre de sus Farmacias de la Red por un Medicamento con Receta entregado en una Farmacia de la Red. La tarifa incluye cualquier cargo de suministros e impuesto a las ventas aplicable.

Cargo Usual y Habitual: la tarifa usual que la farmacia les cobra a las personas por un Medicamento con Receta sin recurrir a que terceros le reembolsen a la farmacia. Esta tarifa incluye cualquier cargo de suministros e impuesto a las ventas aplicable.

Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (PDL): el comité que el Administrador de Reclamos designa para ubicar los Medicamentos con Receta en niveles específicos.

Equivalente Químicamente: cuando los Medicamentos con Receta contienen el mismo principio activo.

Farmacia de la Red: una farmacia que ha cumplido con lo siguiente:

- Celebró un acuerdo con el Administrador de Reclamos o con una organización que celebra un contrato en nombre del Administrador de Reclamos para proporcionar Medicamentos con Receta a Personas Cubiertas.
- Acordó aceptar las tarifas de reembolso especificadas para entregar Medicamentos con Receta.
- Fue designada por el Administrador de Reclamos como una Farmacia de la Red.

Farmacia Designada: una farmacia que ha celebrado un acuerdo con el Administrador de Reclamos o con una organización que celebra un contrato en nombre del Administrador de Reclamos, para proporcionar Medicamentos con Receta específicos. Esto incluye Medicamentos con Receta de Especialidad. No todas las Farmacias de la Red son Farmacias Designadas.

Genérico: un Medicamento con Receta: (1) que es un equivalente químico para un medicamento de Marca; o (2) que el Administrador de Reclamos identifica como medicamento Genérico sobre la base de los recursos de datos disponibles. Esto incluye fuentes de datos como Medi-Span, que clasifica los medicamentos como de marca o genéricos en función de una serie de factores. No todos los productos identificados como “genéricos” por el fabricante, la farmacia o su Médico estarán clasificados como Genéricos por el Administrador de Reclamos.

Límite de Gastos de su Bolsillo para Medicamentos: la cantidad máxima que usted paga por Medicamentos con Receta cubiertos cada año. En la *Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios* se le explicará cómo se aplican los Límites de Gastos de su Bolsillo para Medicamentos.

Lista de Medicamentos con Receta: una lista que ubica en niveles los medicamentos o productos que fueron aprobados por la *Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos*. Esta lista está sujeta a la revisión y los cambios que el Administrador de Reclamos haga de vez en cuando. Podrá averiguar en qué nivel se ha ubicado un Medicamento con Receta en particular comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Medicamento con Receta de Especialidad: Medicamentos con Receta que generalmente son medicamentos de biotecnología, autoadministrados y de alto costo que se utilizan para tratar a pacientes con determinadas enfermedades. Para acceder a una lista completa de Medicamentos con Receta de Especialidad, comuníquese con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Medicamento con Receta Nuevo: un Medicamento con Receta o una nueva forma de dosificación de un Medicamento con Receta aprobado anteriormente, para el período de tiempo que comienza en la fecha en la que la *Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos* aprueba el Medicamento con Receta o la nueva forma de dosificación y que finaliza con lo que se suceda primero de lo siguiente:

- La fecha en la que el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos del Administrador de Reclamos lo asigna a un nivel.
- El 31 de diciembre del siguiente año calendario.

Medicamento con Receta: un medicamento o producto que fue aprobado por la *Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos* y que puede, según las leyes federales y estatales, entregarse solo según un Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido. Un Medicamento con Receta incluye un medicamento que es apropiado para la autoadministración o para que un cuidador no especializado lo administre. Con el propósito de los Beneficios en virtud del Plan de Medicamentos con Receta para pacientes ambulatorios, esta definición incluye:

- Inhaladores (con espaciadores).
- Insulina.
- Los siguientes suministros para diabéticos:
 - jeringas estándar para insulina con agujas;
 - tiras reactivas de sangre, glucosa;
 - tiras reactivas de orina, glucosa;
 - tiras reactivas para el análisis de cetonas y tabletas;
 - lancetas y dispositivos de lanceta; y
 - medidores de glucosa. Aquí no se incluyen monitores de glucosa continuos. Los beneficios para monitores de glucosa continuos se proporcionan según se describe en la parte médica de este *CERTIFICADO DE COBERTURA*.

Medicamento de Mantenimiento: un Medicamento con Receta que se espera que se utilice durante seis meses o más para tratar o prevenir una condición crónica. Puede averiguar si un Medicamento con Receta es un Medicamento de Mantenimiento comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Medicamento de Marca: un Medicamento con Receta (1) que es fabricado y comercializado con una marca comercial o nombre por un fabricante de medicamentos específicos; o (2) que el Administrador de Reclamos identifica como un Medicamento de Marca, según recursos de datos disponibles. Esto incluye fuentes de datos como Medi-Span, que clasifica los medicamentos como de marca o genéricos en función de una serie de factores. No todos los productos identificados como “de marca” por el fabricante, la farmacia o su Médico estarán clasificados como de Marca por el Administrador de Reclamos.

Medicamentos para el Cuidado Preventivo sin Costo Compartido de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA): los medicamentos que se obtienen en una Farmacia de la Red con un Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido de un Médico y que se pagan al 100% del Cargo por Medicamento con Receta (sin la aplicación de ningún Copago, Coseguro, Deducible Anual, Deducible Anual para Medicamentos o Deducible Anual para Medicamentos con Receta de Especialidad) según lo exige la ley vigente en cualquiera de los siguientes casos:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que, actualmente, tienen una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones vigentes del *Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos*.
- Vacunas que, actualmente, tienen la recomendación del *Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*.
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y pruebas de detección informados mediante la evidencia que figuran en las pautas integrales respaldadas por la *Administración de Recursos y Servicios de Salud*.
- Con respecto a las mujeres, dicho cuidado preventivo y pruebas de detección adicionales según lo que figura en las pautas integrales respaldadas por la *Administración de Recursos y Servicios de Salud*.

Podrá averiguar si un medicamento es un Medicamento para el Cuidado Preventivo sin Costo Compartido de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio comunicándose con el Administrador de Reclamos en www.myuhc.com o al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID.

Pedido de Medicamentos con Receta o Resurtido: la instrucción de entregar un Medicamento con Receta emitida por un proveedor de cuidado de la salud con licencia cuyo alcance de la práctica permite la emisión de dicha instrucción.

PPACA: Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) de 2010.

Terapéuticamente Equivalente: cuando los Medicamentos con Receta tienen esencialmente el mismo perfil de eficacia y efectos adversos.

Reclamos y Aviso de Apelación

Este Aviso se le proporciona a fin de describir sus responsabilidades en virtud de la ley federal para tomar determinaciones sobre los beneficios y su derecho de apelar las determinaciones adversas sobre los beneficios.

Determinaciones de Beneficios

Reclamos Posteriores al Servicio

Los reclamos posteriores al servicio son aquellos que se presentan para el pago de Beneficios después de haber recibido el cuidado médico. Si su reclamo posterior al servicio se rechaza, recibirá un aviso por escrito del Administrador de Reclamos dentro de los 30 días a partir de la recepción del reclamo, siempre que se haya proporcionado con el reclamo toda la información necesaria. El Administrador de Reclamos le notificará dentro de este período de 30 días si se necesita información adicional para procesar el reclamo y se puede solicitar una extensión por única vez de no más de 15 días y dejar pendiente el reclamo hasta que se reciba toda la información.

Una vez notificada la extensión, usted tendrá 45 días para proporcionar esta información. Si se recibe toda la información dentro del plazo de 45 días y el reclamo se deniega, el Administrador de Reclamos le notificará la denegación dentro de los 15 días de haber recibido la información. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su reclamo se denegará.

Un aviso de denegación explicará el motivo de la denegación, hará referencia a la parte del plan en la cual se basa la denegación e indicará los procedimientos de apelación del reclamo.

Si tiene Beneficios de Medicamentos con Receta y se le solicita que pague el costo total de una receta cuando la surte en una farmacia minorista o de pedidos por correo, y usted considera que debería haberse pagado en virtud del Plan, puede enviar un reclamo de reembolso de acuerdo con según los procedimientos de presentación de reclamos correspondiente. Si usted paga un Copago y considera que el monto del Copago era incorrecto, también puede presentar un reclamo de reembolso de acuerdo con los procedimientos de presentación de reclamos correspondiente. Cuando presente un reclamo, su reclamo se tratará con los mismos procedimientos para los reclamos de plan de salud de grupo después de recibir el servicio, como se describe en esta sección.

Reclamos Posteriores al Servicio	
Tipo de Reclamo o Apelación	Plazo
Si su reclamo está incompleto, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	30 días
Luego, debe presentar el reclamo completo con su información al Administrador de Reclamos en el plazo de:	45 días
El Administrador de Reclamos debe notificarle la determinación de beneficios:	
si el reclamo inicial está completo, en el plazo de:	30 días
después de recibir el reclamo completo (si el reclamo inicial estaba incompleto), en el plazo de:	30 días
Usted deberá apelar una determinación de beneficios adversa en un plazo máximo de:	180 días después de recibir la determinación de beneficios adversa

Reclamos Posteriores al Servicio	
Tipo de Reclamo o Apelación	Plazo
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación de primer nivel en el plazo de:	30 días después de recibir la apelación de primer nivel
Usted deberá apelar la apelación de primer nivel (presentar una apelación de segundo nivel) en el plazo de:	60 días después de recibir la decisión de la apelación de primer nivel
El Fiduciario de reclamos debe notificarle la decisión de apelación de segundo nivel dentro de:	30 días después de recibir la apelación de segundo nivel

Solicitudes de Beneficios Previas al Servicio

Las solicitudes de Beneficios previas al servicio son aquellas que requieren notificación o aprobación antes de recibir el cuidado médico. Si tiene una solicitud de Beneficios previa al servicio y se envió correctamente con toda la información necesaria, el Administrador de Reclamos le enviará un aviso por escrito de la decisión del Administrador de Reclamos dentro de los 15 días de haber recibido la solicitud. Si presentó una solicitud de Beneficios previa al servicio de manera incorrecta, el Administrador de Reclamos le notificará la presentación incorrecta y cómo corregirla dentro de los cinco días después de haber recibido la solicitud de Beneficios previa al servicio. Si se necesita información adicional para procesar la solicitud previa al servicio, el Administrador de Reclamos le notificará la información necesaria dentro de los 15 días después de haberla recibido, y se puede solicitar una extensión de una sola vez de no más de 15 días y dejar pendiente su solicitud hasta haber recibido toda la información. Una vez notificada la extensión, tendrá 45 días para proporcionar esta información. Si se recibe toda la información necesaria dentro del plazo de 45 días, el Administrador de Reclamos le notificará la determinación dentro de los 15 días de haber recibido la información. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su solicitud de Beneficios se denegará. Un aviso de denegación explicará el motivo de la denegación, hará referencia a la parte del plan en la cual se basa la denegación e indicará los procedimientos de apelación.

Si tiene Beneficios de Medicamento con Receta y una farmacia minorista o con servicio de envío por correo no surte una receta que usted presenta, puede enviar una solicitud de Beneficios de salud previa al servicio de acuerdo con el procedimiento de presentación de reclamos correspondiente. Cuando presenta una solicitud de Beneficios, su solicitud se tratará con los mismos procedimientos para solicitudes de Beneficios de plan de salud de grupo previas al servicio que se describen en esta sección.

Solicitud de Beneficios Previa al Servicio*	
Tipo de Solicitud de Beneficios o Apelación	Plazo
Si su solicitud de Beneficios se presenta de manera incorrecta, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	5 días
Si su solicitud de Beneficios está incompleta, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	15 días
Luego, debe presentar la solicitud completa para los Beneficios con su información al Administrador de Reclamos en el plazo de:	45 días
El Administrador de Reclamos debe notificarle la determinación de beneficios:	
<ul style="list-style-type: none"> si la solicitud inicial de Beneficios está completa, en el plazo de: 	15 días

Solicitud de Beneficios Previa al Servicio*	
Tipo de Solicitud de Beneficios o Apelación	Plazo
<ul style="list-style-type: none"> • luego de recibir la solicitud de Beneficios completa (si la solicitud inicial estaba incompleta), en el plazo de: 	15 días
Usted deberá apelar una determinación de beneficios adversa en un plazo máximo de:	180 días después de recibir la determinación de beneficios adversa
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación de primer nivel en el plazo de:	15 días después de recibir la apelación de primer nivel
Usted deberá apelar la apelación de primer nivel (presentar una apelación de segundo nivel) en el plazo de:	60 días después de recibir la decisión de la apelación de primer nivel
El Fiduciario de reclamos debe notificarle la decisión de apelación de segundo nivel dentro de:	15 días después de recibir la apelación de segundo nivel

*El Administrador de Reclamos podrá requerir una extensión de no más de 15 días, por única vez, para la determinación inicial de un reclamo, solo si necesita más tiempo debido a circunstancias que están fuera del control del Plan.

Solicitudes de Beneficios Urgentes que Requieren Atención Inmediata

Las solicitudes de Beneficios urgentes son aquellas que requieren notificación o una determinación de Beneficios antes de recibir el cuidado médico, en las que una demora en el tratamiento podría poner en peligro grave su vida o salud, o la capacidad de recuperar una función máxima o, según la opinión de un Médico con conocimiento de su condición médica, causar dolor grave. En estos casos, recibirá un aviso sobre la determinación del beneficio por escrito o electrónicamente dentro de las 72 horas después de que el Administrador de Reclamos reciba toda la información necesaria, teniendo en cuenta la gravedad de su condición.

Si presentó una solicitud de Beneficios urgente de manera incorrecta, el Administrador de Reclamos le notificará la presentación incorrecta y cómo corregirla dentro de las 24 horas después de haber recibido la solicitud urgente. Si se necesita información adicional para procesar la solicitud, el Administrador de Reclamos le notificará la información necesaria dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud. Luego dispone de 48 horas para proporcionar la información solicitada.

Será notificado sobre una determinación de los Beneficios antes de transcurridas las 48 horas a partir de lo siguiente:

- la recepción del Administrador de Reclamos de la información solicitada, o
- la finalización del periodo de 48 horas durante el cual usted debía proporcionar la información adicional, en caso de no haber recibido esa información en ese periodo.

Un aviso de denegación explicará el motivo de la denegación, hará referencia a la parte del plan en la cual se basa la denegación e indicará los procedimientos de apelación del reclamo.

Solicitud de Beneficios para Cuidado de Urgencia*	
Tipo de Solicitud de Beneficios o Apelación	Plazo
Si su solicitud de Beneficios está incompleta, el Administrador de Reclamos deberá notificarle al respecto en el plazo de:	24 horas

Solicitud de Beneficios para Cuidado de Urgencia*	
Tipo de Solicitud de Beneficios o Apelación	Plazo
Luego, debe presentar la solicitud completa para los Beneficios al Administrador de Reclamos en el plazo de:	48 horas después de recibir el aviso de que se requiere información adicional
El Administrador de Reclamos debe notificarle la determinación de beneficios en el plazo de:	72 horas
Si el Administrador de Reclamos deniega su solicitud de Beneficios, usted debe apelar la determinación de beneficios adversa en un plazo máximo de:	180 días después de recibir la determinación de beneficios adversa
El Administrador de Reclamos debe notificarle la decisión de apelación en el plazo de:	72 horas después de recibir la apelación

*Para el cuidado de urgencia, no es necesario presentar las apelaciones por escrito. Para apelar una solicitud de Beneficios para cuidado de urgencia, debe llamar al Administrador de Reclamos lo antes posible.

Reclamos de Cuidado Concurrente

Si un curso de tratamiento en curso se aprobó previamente para un periodo específico o cierta cantidad de tratamientos, y su solicitud de extender el tratamiento es una solicitud de Beneficios urgentes según se definió anteriormente, su solicitud se decidirá dentro de las 24 horas, siempre que su solicitud se realice al menos 24 horas antes del final del tratamiento aprobado. El Administrador de Reclamos tomará una determinación sobre su solicitud para el tratamiento extendido dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Si su solicitud de tratamiento extendido no se realiza al menos 24 horas antes del final del tratamiento aprobado, la solicitud se tratará como una solicitud urgente de Beneficios y se decidirá de acuerdo con los plazos descritos anteriormente. Si un curso de tratamiento en curso se aprobó previamente para un periodo específico o para una cierta cantidad de tratamientos y usted solicita una extensión del tratamiento por una circunstancia que no sea de urgencia, su solicitud se considerará como una nueva solicitud y se decidirá según el periodo de tiempo posterior o previo al servicio, según el que corresponda.

Preguntas o Dudas sobre las Determinaciones de Beneficios

Si tiene una pregunta o duda acerca de una determinación de beneficios, puede comunicarse de manera informal con *Servicio al Cliente* para solicitar una apelación formal. Si el representante del *Servicio al Cliente* no puede resolver el problema para su satisfacción por teléfono, puede enviar su pregunta por escrito. Sin embargo, si no está satisfecho con una determinación de Beneficios según se describió anteriormente, puede apelar según se describe a continuación, sin primero comunicarse informalmente con un representante del *Servicio al Cliente*. Si primero se comunica informalmente con nuestro departamento del *Servicio al Cliente* y después desea solicitar una apelación formal por escrito, debe contactarse nuevamente con el *Servicio al Cliente* y solicitar una apelación. Si solicita una apelación formal, un representante del *Servicio al Cliente* le proporcionará la dirección correspondiente.

Si apela una denegación de reclamo urgente, consulte la sección *Apelaciones Urgentes que Requieren Acción Inmediata* a continuación y comuníquese con nuestro *Servicio al Cliente* de inmediato.

Cómo Apelar una Decisión en torno a un Reclamo

Si no está de acuerdo con una determinación en torno a la solicitud de Beneficios previa al servicio o una determinación de reclamo posterior al servicio, o una determinación de rescisión de cobertura después de seguir los pasos anteriores, puede comunicarse con el Administrador de Reclamos por escrito para solicitar formalmente una apelación.

Su solicitud debe incluir lo siguiente:

- El nombre y número de identificación de la tarjeta de ID del paciente.
- La fecha o fechas del servicio médico (o servicios médicos).
- El nombre del proveedor.
- El motivo por el cual considera que debe pagarse el reclamo.
- Cualquier documentación u otra información por escrito para respaldar su solicitud de pago del reclamo.

Debe enviar su primera solicitud de apelación al Administrador de Reclamos dentro de los 180 días luego de recibir la denegación del reclamo.

Proceso de Apelación

Para decidir sobre la apelación, se designará a un individuo calificado que no haya estado involucrado en la decisión que está apelando. Si su apelación se relaciona con cuestiones clínicas, la revisión se realiza consultando a un profesional de cuidado de la salud con la pericia adecuada en el área, que no se haya involucrado en la determinación previa. El Administrador de Reclamos puede consultar a expertos médicos (o buscar su participación) como parte del proceso de resolución de la apelación. Usted presta su consentimiento a esta referencia y a la divulgación de la información del reclamo médico pertinente a través de la presentación de su apelación. Cuando lo solicite y de manera gratuita, tiene el derecho a obtener acceso razonable a los documentos, registros y otra información relevante de su reclamo de Beneficios, y a copias de ellos. Además, si el Administrador de Reclamos se respalda en cualquier evidencia nueva o adicional, o bien, si genera evidencia, durante la determinación de la apelación, el Administrador de Reclamos se la entregará de manera gratuita y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la determinación adversa sobre beneficios.

Determinaciones de Apelaciones

Apelaciones sobre Solicitudes de Beneficios Previas al Servicio y Reclamos Posteriores al Servicio

Recibirá una notificación escrita o electrónica de la decisión sobre su apelación según se describe a continuación:

- Para las apelaciones de solicitudes de Beneficios previas al servicio según lo identificado anteriormente, se llevará a cabo la apelación de primer nivel y usted recibirá una notificación sobre la decisión en el plazo de 15 días desde la recepción de una solicitud de apelación por una solicitud de Beneficios denegada. Luego se realizará la apelación de segundo nivel y usted recibirá la notificación de la decisión dentro de los 15 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de una apelación de primer nivel.
- Para las apelaciones de reclamos posteriores al servicio según lo identificado anteriormente, se llevará a cabo la apelación y usted recibirá una notificación sobre la decisión en el plazo de 30 días desde la recepción de una solicitud de apelación por un reclamo denegado. Luego se realizará la apelación de segundo nivel y usted recibirá la notificación de la decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de una apelación de primer nivel.

En el caso de los procedimientos relacionados con solicitudes urgentes de Beneficios, consulte la sección *Apelaciones Urgentes que Requieren Acción Inmediata* a continuación.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de primer nivel, tiene derecho a solicitar una apelación de segundo nivel. Debe enviar su apelación de segundo nivel al Administrador de Reclamos dentro de los 60 días a partir de la recepción de la decisión sobre la apelación de primer nivel.

Tenga en cuenta que la decisión del Administrador de Reclamos solo depende de si los Beneficios están disponibles o no, en virtud del Plan, para el procedimiento o tratamiento propuesto. La decisión de obtener el tratamiento o procedimiento propuesto, independientemente de la decisión del Administrador de Reclamos, es entre usted y su Médico.

Apelaciones Urgentes que Requieren Acción Inmediata

Su apelación puede requerir acción inmediata si un retraso en el tratamiento podría aumentar significativamente el riesgo para su salud o la capacidad de volver a tener un funcionamiento óptimo, o bien puede provocar dolor grave. En estas situaciones urgentes, sucede lo siguiente:

- No es necesario presentar la apelación por escrito. Usted o su Médico deben llamar al Administrador de Reclamos lo antes posible.
- El Administrador de Reclamos le enviará una determinación escrita o electrónica dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud para revisar la determinación teniendo en cuenta la gravedad de su condición.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO ATENTAMENTE.

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018

El Administrador de Reclamos² está obligado por la ley a proteger la privacidad de su información de salud. El Administrador de Reclamos también tiene la obligación de enviarle este aviso, que explica cómo el Administrador de Reclamos puede usar la información sobre usted y cuándo el Administrador de Reclamos puede entregar o “divulgar” dicha información a otros. Usted también tiene derechos con respecto a su información de salud que se describen en este aviso. El Administrador de Reclamos está obligado por ley a acatar los términos de este aviso.

Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen toda información que el Administrador de Reclamos mantenga que razonablemente pueda usarse para identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental, el suministro de cuidado de la salud para usted o el pago de dicho cuidado de la salud. El Administrador de Reclamos cumplirá con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables que exigen que lo notifiquemos en caso de que se incumpla la privacidad de su información de salud.

El Administrador de Reclamos tiene derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si el Administrador de Reclamos realiza un cambio importante a sus prácticas de privacidad, le proporcionará, en la próxima distribución anual del Administrador de Reclamos, un aviso modificado o información sobre el cambio importante y cómo obtener un aviso modificado. El Administrador de Reclamos le proporciona esta información ya sea por correo directo o electrónicamente según la ley vigente. En todos los casos, si el Administrador de Reclamos mantiene un sitio web para su plan de salud en particular, el Administrador de Reclamos publicará el aviso modificado en el sitio web de su plan de salud, como www.myuhc.com. El Administrador de Reclamos se reserva el derecho de poner cualquier aviso revisado o modificado en vigencia para información que el Administrador de Reclamos ya tiene y para información que el Administrador de Reclamos reciba en el futuro.

UnitedHealth Group recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar la empresa del Administrador de Reclamos y para proporcionar productos, servicios e información importante a los miembros del Plan. El Administrador de Reclamos cuenta con salvaguardas de seguridad física, electrónica y procedimental en el manejo y mantenimiento de la información de los miembros del Plan, según las normas estatales y federales vigentes, para proteger contra riesgos tales como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

Cómo el Administrador de Reclamos Utiliza o Divulga Información

El Administrador de Reclamos debe usar y divulgar su información de salud para proporcionar dicha información:

- A usted o a otra persona que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) a fin de administrar sus derechos según se describe en este aviso.
- A la *Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos*, si fuera necesario, para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

El Administrador de Reclamos tiene derecho a usar y divulgar la información de salud para su tratamiento, para pagar su cuidado de la salud y para operar la empresa del Administrador de Reclamos. Por ejemplo, el Administrador de Reclamos puede usar o divulgar su información de salud:

- **Para el Pago** de tarifas adeudadas al Administrador de Reclamos, para determinar su cobertura y procesar reclamos por servicios para el cuidado de la salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, el Administrador de Reclamos puede decirle a un médico que usted cumple los requisitos para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.
- **Para el Tratamiento.** El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar la información de salud para asistirlo en su tratamiento o la coordinación de su cuidado. Por ejemplo, el Administrador de Reclamos podría divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle su cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar la información de salud según fuera necesario para operar y gestionar nuestras actividades comerciales relacionadas con el suministro y la administración de su cobertura del cuidado de la salud. Por ejemplo, el Administrador de Reclamos puede hablar con su Médico para sugerirle un programa de bienestar o manejo de enfermedades que podría ayudar a mejorar su salud, o el Administrador de Reclamos puede analizar los datos para determinar cómo puede mejorar sus servicios. El Administrador de Reclamos también puede despersonalizar la información de la salud según las leyes vigentes. Una vez que la información se "despersonaliza", esa información ya no está sujeta a este aviso y podemos usar la información con cualquier objetivo legal.
- **Para Proporcionarle Información sobre Programas o Productos de Salud** tales como programas y tratamientos médicos alternativos o acerca de productos y servicios de salud, sujetos a límites impuestos por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si su cobertura es a través de un plan de salud de grupo patrocinado por el empleador, el Administrador de Reclamos puede compartir un resumen de la información de salud y de inscripción y cancelación de la inscripción con el patrocinador del plan. Además, el Administrador de Reclamos puede compartir otra información de salud con el patrocinador del plan para la administración del plan si el patrocinador del plan acepta restricciones especiales sobre el uso y la divulgación de la información según la ley federal.
- **Para Fines de Suscripción.** El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar su información de salud para fines de suscripción; sin embargo, el Administrador de Reclamos no usará ni divulgará su información genética para dichos fines.
- **Para Recordatorios.** El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar su información de salud para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o cuidado, tal como recordatorios de citas con proveedores que le proporcionan cuidado médico.

El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar su información de salud para los siguientes fines en casos limitados:

- **Según lo Exigido por la Ley.** El Administrador de Reclamos puede divulgar información cuando así lo exija la ley.
- **A Personas Involucradas con su Cuidado.** El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar su información de salud a una persona involucrada con su cuidado o que ayude a pagar su cuidado, tal como un familiar, cuando usted esté incapacitado o en una emergencia, o cuando usted acepte o no se oponga al tener la oportunidad. Si usted no está disponible o no puede oponerse, el Administrador de Reclamos utilizará su mejor criterio para decidir si la divulgación es por su bien. Se aplican reglas especiales con respecto a cuándo el Administrador de Reclamos puede divulgar información de salud a familiares y otras personas involucradas en el cuidado de una persona fallecida. El Administrador de Reclamos puede divulgar información de salud a cualquier persona involucrada, antes del fallecimiento, durante el cuidado o el pago del cuidado de una persona fallecida, a menos que el Administrador de Reclamos tenga conocimiento de que dicha divulgación sería contraria a la voluntad expresada previamente por la persona fallecida.
- **Para las Actividades de Salud Pública,** tales como el informe o la prevención de brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para Denunciar Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Intrafamiliar** a las autoridades gubernamentales que por ley pueden recibir dicha información, incluida una agencia de servicio social o de protección.
- **Para las Actividades de Supervisión Sanitaria** a una agencia de supervisión para las actividades autorizadas por la ley, tal como la concesión de licencia, auditorías gubernamentales e investigaciones de abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos** tales como en respuesta de una orden judicial, orden de registro o citación.
- **Para Fines de Cumplimiento de la Ley.** El Administrador de Reclamos puede divulgar su información de salud a un funcionario responsable de hacer cumplir la ley para fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona perdida o denunciar un delito.
- **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad** de usted, de otra persona o del público, por ejemplo, al divulgar información a agencias de salud pública o autoridades responsables de hacer cumplir la ley, o en el caso de una emergencia o catástrofe natural.
- **Para Funciones Gubernamentales Especializadas,** tales como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, y los servicios de protección para el presidente y otras personas.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales** según lo autoricen, o en la medida que sea necesario el cumplimiento con, las leyes estatales del Seguro de Accidentes Laborales que rigen las lesiones o enfermedades laborales.
- **Para Fines de Investigación** tales como investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidad, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley de privacidad.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** El Administrador de Reclamos puede divulgar información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorice la ley. El Administrador de Reclamos también puede divulgar información a directores de funerarias según fuera necesario para el desempeño de sus obligaciones.

- **Para Fines de Adquisición de Órganos.** El Administrador de Reclamos puede usar o divulgar información a entidades que manejan la adquisición, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, para facilitar la donación y el trasplante.
- **A Instituciones Correccionales o Funcionarios Responsables de Hacer Cumplir la Ley** si usted es recluso de una institución correccional o se encuentra bajo custodia de un funcionario responsable de hacer cumplir la ley, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución le proporcione cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- **A Asociaciones Comerciales** que desempeñan funciones en nombre del Administrador de Reclamos o proporcionan servicios al Administrador de Reclamos si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Los socios comerciales del Administrador de Reclamos tienen la obligación, mediante un contrato con el Administrador de Reclamos y conforme a la ley federal, de proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar ni divulgar otra información que no sea la que se especifica en el contrato con el Administrador de Reclamos y según lo permita la ley.
- **Restricciones Adicionales sobre el Uso y la Divulgación.** Ciertas leyes estatales y federales pueden exigir protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluida la información altamente confidencial sobre usted. “Altamente confidencial” puede incluir información confidencial en virtud de leyes federales que rigen la información sobre alcoholismo y drogadicción, e información genética, además de leyes estatales que a menudo protegen los siguientes tipos de información:
 - 1. VIH/SIDA.
 - 2. Salud mental.
 - 3. Pruebas genéticas.
 - 4. Abuso de medicamentos o alcohol.
 - 5. Enfermedades de transmisión sexual e información de salud reproductiva.
 - 6. Abuso o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual.

Si uno de los usos o divulgaciones de la información de salud descritos anteriormente en este aviso está prohibido o limitado considerablemente por otras leyes que se aplican al Administrador de Reclamos, la intención del Administrador de Reclamos es cumplir con los requisitos de la ley más estricta. Este aviso incluye un documento de “Enmiendas Federales y Estatales” adjunto.

Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según se establece en este aviso, el Administrador de Reclamos usará y divulgará su información de salud únicamente con una autorización escrita de usted. Esto incluye, excepto en casos limitados permitidos por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar notas de psicoterapia sobre usted, vender su información de salud a otras personas, o usar o divulgar su información de salud para ciertas comunicaciones promocionales que sean comunicados de marketing prohibidos en virtud de la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que usted autorice al Administrador de Reclamos a divulgar su información de salud, el Administrador de Reclamos no puede garantizar que el receptor a quien se proporciona la información no divulgue dicha información. Usted puede retractarse o “revocar” su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si el Administrador de Reclamos ya actuó en función de su autorización. Para averiguar adónde enviar su autorización escrita y cómo revocar una autorización, comuníquese al número de teléfono que aparece en el reverso de la tarjeta de ID de su plan de salud.

Cuáles Son sus Derechos

Estos son sus derechos con respecto a su información de salud:

- **Tiene derecho a solicitar que se restrinjan** los usos o divulgaciones de su información para el

tratamiento, pago o tareas administrativas de cuidado de la salud. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a los familiares u otras personas que estén involucradas en el cuidado de su salud o en el pago del cuidado de su salud. El Administrador de Reclamos también puede tener políticas sobre el acceso de dependientes que autorizan a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga en cuenta que, si bien el Administrador de Reclamos intenta respetar su solicitud y permitirá solicitudes acordes a sus políticas, no está obligado a aceptar ninguna restricción.**

- **Tiene derecho a solicitar la recepción de comunicados confidenciales** de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, mediante el envío a un apartado de correos en lugar de su domicilio particular). El Administrador de Reclamos dará lugar a las solicitudes razonables en las que una divulgación de la totalidad o parte de su información de salud podría ponerle en peligro. En ciertos casos, el Administrador de Reclamos aceptará su solicitud verbal de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, el Administrador de Reclamos también puede pedirle que confirme su solicitud por escrito. Además, todas las solicitudes de modificar o cancelar una solicitud de comunicado confidencial anterior se deben realizar por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación.
- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información de salud que el Administrador de Reclamos mantiene sobre usted, tal como reclamos y registros de casos o administración médica. Si el Administrador de Reclamos mantiene su información de salud en formato electrónico, usted tiene derecho a solicitar que el Administrador de Reclamos le envíe una copia de su información de salud en formato electrónico. También puede solicitar que proporcionemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de esta información de salud. Debe realizar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información de salud o pedir el envío de su información de salud a un tercero. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación. En ciertos casos limitados, el Administrador de Reclamos puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si el Administrador de Reclamos deniega su solicitud, puede tener derecho a la revisión de la denegación. El Administrador del Reclamos puede cobrar una tarifa razonable por cualquier copia.
- **Tiene derecho a pedir la enmienda de** cierta información de salud que el Administrador de Reclamos mantenga sobre usted, tal como reclamos y registros de casos o administración médica si usted considera que la información de salud sobre usted es incorrecta o incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir los motivos para la enmienda solicitada. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación. Si el Administrador de Reclamos deniega su solicitud, se puede añadir una declaración de su desacuerdo a su información de salud.
- **Tiene derecho a recibir la justificación** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por el Administrador de Reclamos durante los seis años previos a su solicitud. Esta declaración no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) para fines de tratamiento, pago y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) a usted o conforme a su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios responsables de hacer cumplir la ley y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no exija al Administrador de Reclamos proporcionar una justificación.
- **Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso de forma electrónica, tiene derecho a una copia impresa de este aviso. También puede obtener una copia de este aviso en el sitio web de su plan de salud, como www.myuhc.com.

Ejercicio de Sus Derechos

- **Contacto con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o desea información sobre cómo ejercer sus derechos, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de ID del plan de salud o puede comunicarse con un representante del *Centro de Atención al Cliente de UnitedHealth Group* al 1-866-633-2446 o TTY 711.

- **Envío de una Solicitud Escrita.** Puede enviar por correo sus solicitudes escritas al Administrador de Reclamos para ejercer cualquiera de sus derechos, incluida la modificación o cancelación de un comunicado confidencial, pedir copias de sus registros o solicitar enmiendas a sus registros, a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare
 Customer Service - Privacy Unit
 PO Box 740815
 Atlanta, GA 30374-0815

- **Presentación de una Queja.** Si considera que sus derechos de privacidad fueron incumplidos, puede presentar una queja ante el al Administrador de Reclamos a la dirección indicada anteriormente.

También puede presentar su queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El Administrador de Reclamos no tomará ninguna medida contra usted por presentar una queja.

² Este Aviso de prácticas de privacidad de la información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Medical Health Plans of Florida, Inc.; Medica HealthCare Plans, Inc.; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Optum Insurance Company of Ohio, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; Rocky Mountain Health Management Corporation; Rocky Mountain HealthCare Options, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN FINANCIERA SOBRE USTED.

REVÍSELO ATENTAMENTE.

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018

El Administrador de Reclamos³ se compromete a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. Con el propósito de este aviso, “información financiera personal” significa información que no sea de salud, acerca de un miembro o un solicitante de cobertura de salud que identifique a la persona, que no esté disponible para el público en general y que se obtenga de la persona o en conexión con el suministro de cobertura para el cuidado de la salud a la persona.

Información que Recopilamos

Según el producto o servicio que usted tenga con nosotros, es posible que el Administrador de Reclamos recopile información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que el Administrador de Reclamos recibe de usted en solicitudes u otros formularios, tal como su nombre, dirección, edad, información médica y número del *Seguro Social*.
- Información sobre sus transacciones con el Administrador de Reclamos, las afiliadas del Administrador de Reclamos u otros, como el pago de primas y el historial de reclamos.
- Información de una agencia de informes de consumidores.

Divulgación de la Información

El Administrador de Reclamos no divulga información financiera personal sobre los miembros del Plan ni antiguos miembros a ningún tercero, excepto según lo exige o permite la ley. Por ejemplo, en el transcurso de las prácticas comerciales generales del Administrador de Reclamos, el Administrador de Reclamos puede, si lo permite la ley, divulgar la información financiera personal que el Administrador de Reclamos recopila sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A las afiliadas corporativas del Administrador de Reclamos, que incluye proveedores de servicios financieros, como otras compañías aseguradoras y compañías no financieras, tales como procesadores de datos:
- A compañías no afiliadas para los fines comerciales diarios del Administrador de Reclamos, tal como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- A compañías no afiliadas que proporcionan servicios al Administrador de Reclamos, incluido el envío de comunicaciones promocionales en nombre del Administrador de Reclamos.

Confidencialidad y Seguridad

El Administrador de Reclamos cuenta con salvaguardas de seguridad física, electrónica y de procedimientos según las normas estatales y federales aplicables, para proteger su información financiera personal contra riesgos tales como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos e instalaciones aseguradas y restricciones en cuanto a quién puede acceder a su información financiera personal.

Preguntas sobre este Aviso

Si tiene preguntas sobre este aviso, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de ID del plan de salud o puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 o TTY 711.

³ A los fines de este Aviso de privacidad de la información financiera, "Administrador de Reclamos" se refiere a las entidades que se indican en el pie de página 2, comenzando en la primera página de los Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad, además de las siguientes afiliadas de UnitedHealthcare: Este Alere Women's and Children's Health, LLC; AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Connexions HCI, LLC; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo se aplica cuando así lo requiere la ley. Específicamente, no se aplica a (1) los productos de seguro para el cuidado de la salud que se ofrecen en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proporcionan excepciones para las entidades cubiertas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) o productos de seguro de salud.

AVISO DEL PLAN DE SALUD SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES

Modificado: 1 de enero de 2018

La primera parte de este aviso, que establece las prácticas de privacidad del Administrador de Reclamos para la información médica, describe cómo el Administrador de Reclamos puede utilizar y divulgar su información de salud en virtud de las reglas federales de privacidad. Existen otras leyes que pueden limitar los derechos del Administrador de Reclamos de usar y divulgar su información de salud más allá de lo que tiene permitido el Administrador de Reclamos en virtud de las reglas de privacidad federales. El propósito de la tabla a continuación es el siguiente:

1. Mostrar las categorías de información de salud que están sujetas a estas leyes más restrictivas.
2. Ofrecerle un resumen de cuándo el Administrador de Reclamos puede usar y divulgar su información de salud sin su consentimiento.

Si se necesita su consentimiento escrito en virtud de las leyes más restrictivas, el consentimiento debe cumplir con las reglas particulares de la ley federal o estatal aplicable.

Resumen de las Leyes federales

Información sobre Abuso de Alcohol y Medicamentos	
El Administrador de Reclamos puede usar y divulgar información sobre el abuso de alcohol y medicamentos que esté protegida por la ley federal únicamente (1) en ciertos casos limitados o divulgarla únicamente (2) a destinatarios específicos.	
Información Genética	
El Administrador de Reclamos no puede usar información genética para fines de suscripción.	

Resumen de las Leyes Estatales

Información sobre la Salud General	
El Administrador de Reclamos puede divulgar información de salud general únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	AR, CA, DE, NE, NY, PR, RI, UT, VT, WA, WI
Las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) deben dar a los miembros la oportunidad de aprobar o rechazar las divulgaciones, sujeto a ciertas excepciones.	KY
Puede restringir ciertas divulgaciones electrónicas de dicha información de salud.	NC, NV
El Administrador de Reclamos no puede usar la información de salud para ciertos fines.	CA, IA
El Administrador de Reclamos no usará ni divulgará información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos fines.	KY, MO, NJ, SD

El Administrador de Reclamos debe cumplir con restricciones adicionales antes de utilizar o divulgar su información de salud para ciertos propósitos.	KS
Recetas	
El Administrador de Reclamos puede divulgar información relacionada con recetas únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	ID, NH, NV
Enfermedades Contagiosas	
El Administrador de Reclamos puede divulgar información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades de Transmisión Sexual y Salud Reproductiva	
El Administrador de Reclamos puede divulgar información sobre enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de Medicamentos y Alcohol	
El Administrador de Reclamos puede usar y divulgar información sobre el abuso de medicamentos y alcohol (1) en ciertos casos limitados o divulgarla únicamente (2) a destinatarios específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, WA, WI
La divulgación de información sobre el abuso de medicamentos y alcohol puede ser restringida por la persona a la cual hace referencia la información.	WA
Información Genética	
El Administrador de Reclamos no puede divulgar información genética sin su consentimiento escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
El Administrador de Reclamos puede divulgar información genética únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, ME, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones (1) al uso o (2) a la retención de información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
VIH/SIDA	
El Administrador de Reclamos puede divulgar información relacionada con VIH/SIDA únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NH, NM, NV, NY, NC, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WA, WV, WI, WY

Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
El Administrador de Reclamos recopilará información relacionada con VIH/SIDA solo con su consentimiento por escrito.	OR
Salud Mental	
El Administrador de Reclamos puede divulgar información de salud mental únicamente (1) en ciertos casos limitados o (2) a destinatarios específicos.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, ME, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación puede estar restringida por la persona a la cual hace referencia la información.	WA
Se aplican ciertas restricciones a las divulgaciones orales de información sobre salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de la información sobre salud mental.	ME
Abuso de Menores o Adultos	
El Administrador de Reclamos puede usar y divulgar información sobre el abuso de menores y adultos únicamente (1) en ciertos casos limitados o divulgarla únicamente (2) a destinatarios específicos.	AL, AR, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NY, NM, RI, TN, TX, UT, WI