

**GUÍA DE BENEFICIOS
DEL
PLAN DE SALUD Y BENEFICIOS PARA MARINOS
PARA PARTICIPANTES EN LOS
NIVELES CORE-PLUS Y CORE**



FEBRERO DE 2017

ESTA PÁGINA HA QUEDADO INTENCIONALMENTE EN BLANCO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN _____	1
INFORMACIÓN IMPORTANTE _____	2
PALABRAS QUE DEBE ENTENDER _____	3
¿QUÉ ES LA TARJETA DE INSCRIPCIÓN DEL BENEFICIARIO Y POR QUÉ ES IMPORTANTE? _____	4
¿EN QUÉ MOMENTO PUEDO SER ELEGIBLE POR PRIMERA VEZ PARA RECIBIR BENEFICIOS? _____	5
¿QUÉ DEBO HACER PARA PERMANECER ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS? _____	6
PARA MANTENER O RESTABLECER MI ELEGIBILIDAD, ¿QUÉ DÍAS SE PUEDEN CONTAR COMO EMPLEO CUBIERTO? _____	7
¿SEGUIRÉ RECIBIENDO BENEFICIOS DE SALUD DE ESTE PLAN SI ME JUBILO CON UNA PENSIÓN DEL PLAN DE PENSIONES PARA MARINOS? _____	8
¿CUÁNDO TERMINARÁ MI COBERTURA? _____	9
¿PUEDO EXTENDER MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS SI PAGO LAS PRIMAS YO MISMO? _____	9
¿CUÁL ES EL DEDUCIBLE ANUAL Y CÓMO FUNCIONA? _____	10
¿QUÉ SON LOS NIVELES DE BENEFICIOS Y CUÁL VOY A RECIBIR? _____	11
¿QUÉ BENEFICIOS DE SALUD SON PAGADOS POR EL PLAN? _____	12
• Resumen de beneficios para Core-Plus y Core _____	12
• Habitación y comidas en el hospital _____	17
• Adicionales de hospital _____	18
• Cuidados intensivos _____	18
• Rehabilitación de un paciente hospitalizado _____	19

ÍNDICE (CONT.)

- Cirugía_____ 19
- Anestesia_____ 20
- Visitas de médicos y especialistas en el hospital_____ 20
- Visitas médicas y servicios ambulatorios_____ 20
- Pruebas de diagnóstico y rayos X para
pacientes ambulatorios_____ 20
- Tratamiento de emergencia_____ 21
- Transporte en ambulancia_____ 21
- Beneficio por maternidad_____ 21
- Interrupción voluntaria del embarazo (aborto)_____ 22
- Tratamiento para el cáncer_____ 22
- Rehabilitación cardíaca_____ 22
- Terapia física_____ 23
- Trasplantes de órganos y tejidos_____ 23
- Cirugía bariátrica_____ 23
- Asesoramiento nutricional_____ 24
- Cirugía de reasignación de género_____ 24
- Asistencia médica en el hogar y cuidado en el hogar_____ 25
- Cuidados terminales_____ 25
- Equipo médico duradero_____ 25
- Cuidado de la vista_____ 26
- Exámenes físicos anuales_____ 26
- Programa para dejar de fumar_____ 26

¿CÓMO ES EL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PLAN?___ 27

¿PAGA EL PLAN BENEFICIOS DENTALES?_____ 31

¿QUÉ BENEFICIOS DE SALUD MENTAL SE ENCUENTRAN DISPONIBLES
EN EL PLAN?_____ 32

¿QUÉ BENEFICIOS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO
POR ABUSO DE SUSTANCIAS?_____ 32

¿QUÉ BENEFICIOS OFRECE EL PLAN DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA?___ 33

¿CUÁL ES EL BENEFICIO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO?_____ 33

ÍNDICE (CONT.)

¿QUÉ DEBO HACER SI ENCUENTRO UN ERROR EN MI FACTURA DE SERVICIOS DE SALUD? _____	34
¿QUÉ SUCEDE SI MI CÓNYUGE O MI HIJO TIENEN OTRO SEGURO DE SALUD? _____	34
¿CÓMO PUEDO REDUCIR MIS GASTOS DE BOLSILLO? _____	35
¿DEBO OBTENER UNA PRECERTIFICACIÓN AL USAR PROVEEDORES DE LA RED? _____	35
¿CÓMO SOLICITO LOS BENEFICIOS DE SALUD? _____	36
¿EXISTEN RAZONES POR LAS QUE EL PLAN PUEDE NO PAGAR BENEFICIOS? _____	37
¿PUEDO PERDER MI DERECHO A RECIBIR BENEFICIOS DE ALGUNA MANERA? _____	39
¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO RECIBIR DEL PLAN SI QUEDO INCAPACITADO Y NO PUEDO TRABAJAR? _____	39
¿CÓMO SOLICITO LOS BENEFICIOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE? _____	40
¿CUÁL ES EL BENEFICIO ESTÁNDAR POR MUERTE? _____	40
¿CUÁL ES EL BENEFICIO ESCALONADO POR MUERTE? _____	41
¿QUIÉN PUEDE SER MI BENEFICIARIO? _____	41
¿CUÁL ES LA DEDUCCIÓN DE GASTOS DE FUNERAL? _____	42
¿CÓMO PUEDE MI BENEFICIARIO SOLICITAR MI BENEFICIO POR MUERTE? _____	42
¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO RECIBIR SI PIERDO UNA EXTREMIDAD O LA VISTA? _____	43

ÍNDICE (CONT.)

¿CÓMO SOLICITO LOS BENEFICIOS POR AMPUTACIÓN ACCIDENTAL?___	43
¿QUÉ BENEFICIOS EDUCATIVOS OFRECE EL PLAN?_____	43
¿QUÉ DERECHOS TENGO SI EL PLAN RECHAZA MI RECLAMACIÓN?_____	43
¿PUEDO APELAR PARA QUE SE APRUEBE UNA RECLAMACIÓN ANTES DE RECIBIR UN SERVICIO MÉDICO?_____	44
¿CÓMO ME NOTIFICARÁ EL PLAN SI HAY ALGÚN CAMBIO EN MIS BENEFICIOS?_____	45
¿QUÉ DERECHOS DE PRIVACIDAD TENGO?_____	45
¿QUÉ DERECHOS TENGO SI DEJO MI EMPLEO CUBIERTO PARA PRESTAR SERVICIO MILITAR?_____	46
¿PUEDE EL PLAN TRATARME DE MANERA DIFERENTE PORQUE HICE UNA PRUEBA GENÉTICA QUE DEMUESTRA QUE SOY MÁS PROPENSO A TENER UNA DETERMINADA ENFERMEDAD?_____	46
¿QUÉ OTROS DERECHOS TENGO?_____	47
APÉNDICE_____	48
• Aviso de No Discriminación y Servicios de Traducción_____	50
• Aviso de Prácticas de Privacidad_____	52
• Aviso de Derechos de Cobertura de Continuación según COBRA_____	58

INTRODUCCIÓN

Este folleto describe los beneficios disponibles para usted y sus dependientes dentro del Seafarers Health and Benefits Plan.

El Seafarers Health and Benefits Plan es un plan de beneficios para empleados con múltiples empleadores. Proporciona beneficios para los empleados de empleadores que tienen acuerdos de negociación colectiva con la Seafarers International Union de América del Norte, Atlántico, Golfo, Lagos y Aguas Interiores o uniones afiliadas, y para las familias de los empleados. El Plan se financia mediante contribuciones de estos empleadores. Los activos del Plan se mantienen en un fideicomiso para los participantes.

Este folleto contiene información importante sobre sus beneficios. Léalo con cuidado y guárdelo para uso futuro. Le podrá resultar útil leer este folleto varias veces. También puede ver el folleto en línea en www.seafarers.org en la sección de Beneficios para Miembros (en inglés).

Este folleto también está disponible en versiones de letra grande y grabadas para los participantes con discapacidad. Para solicitar estas versiones, puede ponerse en contacto con la oficina del Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
5201 Auth Way
Camp Springs, Maryland 20746
(301) 899-0675

Este folleto se conoce como Resumen de la Descripción del Plan, o SPD (por sus siglas en inglés). Este folleto es un resumen del Seafarers Health and Benefits Plan. Las reglas y los reglamentos del Plan y el Acuerdo Fiduciario, junto con las leyes que se aplican a los planes de beneficios, controlan el pago de los beneficios.

El Seafarers Health and Benefits Plan es un "plan de salud de derechos adquiridos" según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (o Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio). Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud de derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura básica de salud que ya se encontraba en efecto al momento de promulgar la ley. Esto significa que este Plan puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de servicios de salud preventivos sin costos compartidos. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos deben cumplir con otras protecciones al consumidor según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida en los beneficios.

Puede dirigir las preguntas sobre cuáles protecciones se aplican a un plan de salud de derechos adquiridos y cuáles no, y lo que podría ocasionar que un plan cambie su condición de plan de salud de derechos adquiridos, al Administrador del Plan, 5201 Auth Way, Camp Springs, MD 20746. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform (en inglés). Este sitio web incluye un cuadro que resume cuáles protecciones se aplican a los planes de salud de derechos adquiridos y cuáles no.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

El Seafarers Health and Benefits Plan está dirigido por un grupo de personas que componen la Junta Fiduciaria. La Junta Fiduciaria tiene autoridad absoluta para hacer cambios en el Plan. A la fecha de este folleto, los miembros de la Junta Fiduciaria son:

Dean Corgey	John Dragone
Ambrose Cucinotta	Edward Hanley
David Heindel	Todd Johnson
Nicholas Marrone	Rudy Leming
Thomas Orzechowski	Anthony Naccarato
Joseph Soresi	William Pagendarm
Chester Wheeler	David Schultze

Los miembros de la Junta Fiduciaria reciben el nombre de fiduciarios. Como fiduciarios, tienen el deber de tomar decisiones prudentes acerca del Plan y de actuar en el mejor interés de los participantes.

La Junta Fiduciaria nombra a una persona para cuidar las operaciones diarias del Plan. Esta persona recibe el nombre de Administrador del Plan. La Administradora del Seafarers Health and Benefits Plan es Margaret R. Bowen.

Puede ponerse en contacto con la Junta Fiduciaria y la Administradora del Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
5201 Auth Way
Camp Springs, Maryland 20746
(301) 899-0675

Tanto la Administradora del Plan como la Junta Fiduciaria pueden recibir citaciones judiciales en la dirección indicada anteriormente.

Como el Plan mantiene sus registros sobre la base de un año calendario, el cierre del ejercicio del Plan es el 31 de diciembre.

El número de identificación del Seafarers Health and Benefits Plan en el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) es 13-5557534.

PALABRAS QUE DEBE ENTENDER

Beneficiario: Persona o personas que usted elige a las que se les paga su beneficio por muerte según aparecen en su tarjeta de inscripción del beneficiario.

Enfermedad o lesión catastrófica: Enfermedad de comienzo brusco o trastorno médico resultante de una lesión que requerirá amplia rehabilitación y/o cuidados de enfermería. Los ejemplos incluyen: accidente cerebrovascular, ataque cardíaco o lesiones graves recibidas en un accidente grave. Las enfermedades crónicas (como diabetes o esclerosis múltiple) no se consideran enfermedades catastróficas para recibir los beneficios de rehabilitación de este Plan.

Reclamación: Factura impresa detallada o detalle electrónico de los servicios prestados.

COBRA: Continuación de la cobertura de salud disponible en el Plan a cambio de una prima mensual cuando usted o sus dependientes ya no son elegibles para la cobertura.

Empleo cubierto: Días que usted trabajó para un empleador signatario y otros días según se describen en este folleto.

Fecha de ocurrencia de reclamación: Primer día que vio al doctor, ingresó en el hospital o sucedió algo que le haya llevado a tener una reclamación.

Hijo dependiente: Su hijo, hasta la edad de 26 años, es un dependiente cubierto ya sea hijo biológico, adoptado, de acogida o hijastro. Su hijo también puede ser su dependiente si el Plan ha recibido una Orden de Asistencia Médica Calificada para el Menor que requiere que usted proporcione la cobertura de salud de su hijo.

Cónyuge dependiente: Su cónyuge es un dependiente cubierto si están casados legalmente. El Plan reconocerá su matrimonio de hecho si el estado donde vive le considera casado.

Empleado: Persona que está o estaba trabajando para un empleador signatario y está o estaba cubierta por el Plan.

Lista de medicamentos preferidos: Lista de medicamentos de marca especificados por el Administrador de Beneficios de Farmacia.

Medicamento genérico: Medicamento que no es de marca, pero por ley debe tener los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y está sujeto a las mismas normas que los medicamentos de marca.

Programa de ahorros fuera de la red: Programa que ofrece descuentos para muchos proveedores de salud que no están en la red primaria. A pesar de que todavía está obligado a pagar el copago fuera de la red cuando visita a un proveedor que participa en este programa, no habrá ningún cobro de saldo adicional.

Participante: Persona que es elegible o puede ser elegible para recibir los beneficios del Plan.

Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM): Compañía que proporciona medicamentos recetados a través de las farmacias locales y por correo. El actual Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan es OptumRx.

Plan: Seafarers Health and Benefits Plan (también conocido como SHBP).

Red de proveedores preferidos: Médicos, hospitales, dentistas y otros proveedores de salud que han acordado facilitar a los participantes del Plan servicios de salud a un costo reducido. El Plan en la actualidad participa en la red CIGNA para todos los participantes que residen en Estados Unidos, excepto para los participantes que residen en Puerto Rico. Si reside en Puerto Rico, el Plan en la actualidad participa en la red Humana. El logo de la red se encuentra en su tarjeta de identificación del Plan. Debe utilizar esta tarjeta cada vez que visite a un proveedor de salud de la red para recibir servicios a un costo reducido.

Costo normal y razonable: Costo permitido por el Plan para un tratamiento médico o servicio de un proveedor fuera de la red. Estos importes se determinan al comparar los importes cobrados por otros proveedores del mismo servicio en la misma zona del país.

Empleador signatario: Empleador que se compromete a efectuar pagos al Plan para que sus empleados reciban beneficios.

¿QUÉ ES LA TARJETA DE INSCRIPCIÓN DEL BENEFICIARIO Y POR QUÉ ES IMPORTANTE?

La tarjeta de inscripción del beneficiario indica el Plan en el que se encuentran usted y sus dependientes y dónde puede ser contactado. También indica al Plan a quién desea usted que se pague su beneficio por muerte. Para recibir beneficios, debe tener una tarjeta de inscripción del beneficiario registrada en el Plan. La tarjeta debe incluir los nombres de cada uno de los dependientes que desea inscribir en el Plan.

La información de su tarjeta de inscripción del beneficiario debe ser precisa y estar actualizada. Usted debe completar una nueva tarjeta de inscripción del beneficiario en los siguientes casos:

- Si cambia la dirección de su casa.
- Si cambia su número de hijos dependientes.
- Si se casa, se divorcia o su cónyuge muere.
- Si desea cambiar su beneficiario.

Para estar debidamente inscrito en el Plan, debe enviar una copia de su tarjeta de Seguro Social. Si está casado o tiene hijos dependientes, también deberá enviar copias de sus tarjetas de Seguro Social. El Plan solicitará una copia válida de su certificado de matrimonio antes de pagar una reclamación para su cónyuge dependiente. Si está

casado de hecho, debe demostrar que su matrimonio está legalmente reconocido en el estado donde vive. **También es importante que notifique inmediatamente al Plan si se divorcia para actualizar sus registros. La cobertura de su cónyuge se dará por terminada a la fecha de divorcio. Si no notifica al Plan inmediatamente, podría perder su derecho a futuros beneficios.**

Antes de que el Plan pague beneficios para sus hijos dependientes, debe enviar una copia válida del certificado de nacimiento de cada uno de sus hijos. En el caso de los hijos adoptados, se requerirá una copia de los documentos de adopción. En el caso de los hijastros, se requerirá una copia de la adjudicación de custodia u otra prueba escrita.

Si no tiene una tarjeta de inscripción del beneficiario registrada en el Plan, debe completar una y enviarla lo antes posible. Las tarjetas de inscripción del beneficiario están disponibles a través de su representante del Plan local o de la oficina del Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
5201 Auth Way
Camp Springs, Maryland 20746
Teléfono: 1-800-252-4674

¿EN QUÉ MOMENTO PUEDO SER ELEGIBLE POR PRIMERA VEZ PARA RECIBIR BENEFICIOS?

Después de comenzar a trabajar como nuevo empleado con un empleador que paga el Seafarers Health and Benefits Plan en su nombre, será elegible para recibir beneficios después de haber obtenido la elegibilidad inicial.

Debe completar 90 días continuos de empleo cubierto para alcanzar la elegibilidad inicial. El empleo se considera continuo siempre que haya una pausa de menos de 90 días entre trabajos. Para cumplir con los requisitos de elegibilidad iniciales, "empleo cubierto" significa solamente los días que usted trabaja para un empleador que paga el Plan de beneficios.

Una vez que usted sea elegible para recibir beneficios, el Plan le enviará una tarjeta de identificación. Debe llevar esta tarjeta con usted cuando necesite atención médica. Si piensa que usted es elegible para recibir beneficios, pero todavía no ha recibido una tarjeta de identificación, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674 para solicitar una tarjeta.

¿QUÉ DEBO HACER PARA PERMANECER ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS?

A los efectos de la elegibilidad, el Plan divide el año calendario en dos períodos de elegibilidad de 6 meses. Para los empleados de mar profundo y aguas interiores, los

períodos van del 1 de enero al 30 de junio y del 1 de julio al 31 de diciembre. Para los empleados de los Grandes Lagos, los períodos van del 1 de marzo al 31 de agosto y del 1 de septiembre al último día de febrero del año calendario siguiente.

Una vez establecida la elegibilidad inicial, será elegible para recibir beneficios durante el resto de ese período de 6 meses. Después de eso, debe tener por lo menos 60 días de empleo cubierto durante un período de elegibilidad de 6 meses para seguir siendo elegible para los **siguientes** 6 meses; o un total de 125 días de empleo cubierto distribuidos entre los dos períodos de elegibilidad inmediatamente anteriores a la fecha de la reclamación.

Por ejemplo, una vez establecida la elegibilidad inicial:

- Si es **empleado de mar profundo o aguas interiores** y es elegible para recibir **beneficios el 1 de febrero**, será elegible para recibir beneficios hasta el 30 de junio. Sin embargo, si tiene 60 días de empleo cubierto en algún momento entre el 1 de enero y el 30 de junio, seguirá siendo elegible para recibir beneficios hasta el 31 de diciembre.
- Si es **empleado de los Grandes Lagos** y es elegible **para recibir beneficios el 1 de abril**, será elegible para recibir beneficios hasta el 31 de agosto. Sin embargo, si tiene 60 días de empleo cubierto en algún momento entre el 1 de marzo y el 31 de agosto, seguirá siendo elegible para recibir beneficios hasta el último día de febrero del siguiente año calendario.

Si pierde su elegibilidad, debe tener 90 días de empleo cubierto continuo para restablecer la elegibilidad para recibir beneficios. **El Plan comenzará a contar sus días de empleo cubierto para restablecer los beneficios el día después de perder la elegibilidad.** El Plan tendrá en cuenta que su empleo cubierto es continuo si hay una interrupción de menos de 90 días entre trabajos u otros empleos cubiertos.

Si su 90.º día de empleo cubierto cae durante el último mes de un período de elegibilidad (junio o diciembre para empleado de mar profundo o aguas interiores; agosto y febrero del siguiente año calendario para empleado de los Grandes Lagos), entonces será elegible hasta el final del **siguiente** período de 6 meses, siempre y cuando acumule por lo menos 30 días de empleo cubierto en el período de 6 meses en el que alcanzó su 90.º día.

PARA MANTENER O RESTABLECER MI ELEGIBILIDAD, ¿QUÉ DÍAS SE PUEDEN CONTAR COMO EMPLEO CUBIERTO?

Para mantener o restablecer su elegibilidad, los siguientes días se pueden contar como empleo cubierto:

- Días que trabajó para un empleador que está obligado a pagar el Plan de beneficios.
- Días que ha recibido pagos por mantenimiento y cura, compensación para trabajadores marítimos y portuarios o compensación para el trabajador hasta un máximo de 273 días durante un único período de discapacidad. No obstante, para recibir crédito por estos días, debe haber sido elegible para recibir los beneficios del Seafarers Health and Benefits Plan en el momento en que comenzó su discapacidad sobre la base de los días reales de empleo cubierto. Los días que recibe pagos por mantenimiento y cura cuentan como empleo cubierto en el nivel de beneficios Core-Plus. En el nivel Core, estos días solo cuentan si su empleador está haciendo contribuciones al Plan en su nombre durante el período en que recibe estos pagos.
- La mitad de los días que usted haya asistido a un curso de actualización calificado en la Escuela Marítima Harry Lundeborg, siempre y cuando haya completado satisfactoriamente el curso y haya cumplido con los requisitos de elegibilidad de la Escuela cuando comenzó a asistir a esta.
- Días que recibió una Beca para Marineros.
- Días que recibió beneficios por enfermedad y accidente, o pagos estatales por discapacidad. El número máximo de días por enfermedad y accidente o días estatales por discapacidad que puede ser acreditado depende de sus años de servicio.

AÑOS DE SERVICIO	DÍAS ACREDITADOS
15 años o más	180 días
Por lo menos 10 años, pero menos de 15	120 días
Por lo menos 5 años, pero menos de 10	90 días
Por lo menos 2 años, pero menos de 5	45 días
Menos de 2 años	20 días

Puede acumular una reserva de 90 días por enfermedad y accidente o por beneficios estatales por discapacidad como máximo, y puede utilizarlos para extender su elegibilidad en un momento posterior. Esta reserva puede guardarse hasta por tres años a partir del año en que se pagaron los beneficios por enfermedad y accidente o los beneficios estatales por discapacidad. Esta reserva puede ser utilizada solamente una vez, independientemente de cuántos días se necesitan para mantener su elegibilidad. De esta manera, puede usar los beneficios por enfermedad y accidente o los beneficios estatales por

discapacidad que recibió para extender su elegibilidad en el futuro. Sin embargo, no puede usar días por enfermedad y accidente o días estatales por discapacidad para calificar para recibir beneficios adicionales por enfermedad y accidente.

¿SEGUIRÉ RECIBIENDO BENEFICIOS DE SALUD DE ESTE PLAN SI ME JUBILO CON UNA PENSIÓN DEL PLAN DE PENSIONES PARA MARINOS?

Para ser elegible para recibir beneficios de salud para jubilados debe cumplir con los siguientes requisitos de elegibilidad:

- 5,475 días de empleo cubierto *según este Plan* (SHBP) si se jubila con una pensión normal o con una pensión normal temprana;

O

- 4,380 días de empleo cubierto *según este Plan* (SHBP) si se jubila con una pensión por discapacidad;

Y

- Por lo menos 60 días de empleo cubierto en cada uno de los 2 períodos de elegibilidad de seis meses inmediatamente anteriores a la fecha en que usted es elegible para solicitar una pensión, o 125 días de empleo cubierto en el año calendario inmediatamente anterior al año en que puede solicitar una pensión y ser elegible para recibirla.

Por ejemplo, si usted es empleado de mar profundo y se jubila en febrero de 2017, necesitará por lo menos 60 días de empleo cubierto durante el período de elegibilidad que va del 1 de enero de 2016 al 30 de junio de 2016; y 60 días de empleo cubierto durante el período de elegibilidad que va del 1 de julio de 2016 al 31 de diciembre de 2016; o 125 días de empleo cubierto repartidos a lo largo de estos dos períodos.

El empleo cubierto incluye todos los días que cuentan como empleo cubierto a los efectos de mantener su elegibilidad para recibir beneficios de salud (tal como se describe en la página 7). Sin embargo, el empleo cubierto no incluye "Crédito por Servicios Adicionales" ni "Servicio Suplementario" obtenido según el Plan de Pensiones para Marineros. Estos días no cuentan para alcanzar la elegibilidad para recibir beneficios de salud. Además, los días en que recibe más de un día de crédito por un día de trabajo y/o el crédito recibido por días de vacaciones tampoco cuentan para alcanzar la elegibilidad para recibir beneficios de salud.

Existen diferencias entre los beneficios de salud que usted y su familia reciben cuando es empleado activo y los beneficios que recibirá cuando se jubile. Para obtener más información acerca de los beneficios de salud para jubilados, consulte la Guía de Beneficios de Salud para Jubilados, disponible en la oficina del Plan, o disponible en línea en www.seafarers.org (en inglés).

¿CUÁNDO TERMINARÁ MI COBERTURA?

Usted, y todo dependiente cubierto, perderá la cobertura de salud cuando ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad que se describen en las páginas 6 y 7 de este folleto.

Otras razones por las que puede perder la cobertura de salud:

- Si el participante muere en un momento en que era elegible para recibir beneficios, la elegibilidad de sus dependientes terminará sobre la base del último día de empleo cubierto según estos mismos requisitos de elegibilidad.
- La cobertura de sus hijos terminará el último día del mes en que cumplen 26 años de edad.
- Si se divorcia, su cónyuge perderá la cobertura a partir de la fecha del divorcio.
- Después de un divorcio, en la mayoría de los casos, el Plan continuará cubriendo a sus hijos. Sin embargo, si usted tiene una Orden de Asistencia Médica Calificada para el Menor (QMCSO, por sus siglas en inglés), debe presentarla ante el Plan para determinar adecuadamente la cobertura y coordinación de beneficios (cuál de los dos planes de los padres paga como primario y cuál como secundario). Este tipo de orden puede indicar que usted es responsable de los gastos de salud de sus hijos, por lo que este Plan sería el primario, o puede indicar que su cónyuge tiene que proporcionar la cobertura de salud primaria, por lo que este Plan sería el secundario. Póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674 para preguntas relacionadas con su situación específica.

¿PUEDO EXTENDER MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS SI PAGO LAS PRIMAS YO MISMO?

Puede extender su elegibilidad para recibir beneficios de salud a través de la cobertura de continuación COBRA. Bajo ciertas condiciones, y durante un tiempo limitado, puede extender su elegibilidad para recibir beneficios si paga las primas usted mismo. El importe de estas primas es establecido por el Plan. Los beneficios de salud que recibe a través de COBRA serán idénticos a los beneficios que recibe como empleado activo. Sin embargo, las personas que reciben COBRA no son elegibles para recibir beneficios por enfermedad y accidente, ni beneficios por becas; además, el tiempo que un ex empleado recibe COBRA no cuenta para calificar para el beneficio escalonado por muerte.

Usted, su cónyuge o sus hijos dependientes pueden extender la elegibilidad para recibir beneficios si se han producido ciertos eventos. Estos eventos incluyen:

- Si renuncia a su trabajo.

- Si fue despedido de su trabajo, a menos que fuera despedido por falta grave.
- Si se jubila antes de ser elegible para Medicare.
- Si sufre una discapacidad y no puede trabajar, pero todavía no es elegible para Medicare.
- Si su hijo dependiente llega a la edad de 26 años.
- Si se divorcia y su cónyuge o dependiente quiere continuar recibiendo los beneficios.
- Si muere y su cónyuge o dependiente quiere continuar recibiendo los beneficios.

Hay reglas especiales que se aplican a esta extensión de la elegibilidad. En el Apéndice A de este folleto aparece un aviso completo de sus derechos de continuación de cobertura según COBRA. Para obtener más información acerca de su derecho a extender la elegibilidad al pagar las primas usted mismo, póngase en contacto con el Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
 Attn: COBRA
 P.O. Box 380
 Piney Point, Maryland 20674
 1-800-252-4674

¿CUÁL ES EL DEDUCIBLE ANUAL Y CÓMO FUNCIONA?

En todos los niveles del Plan, usted es responsable de pagar un cierto monto de las primeras facturas de servicios de salud que recibe cada año calendario. Además, si usted tiene cónyuge o hijos dependientes, deberá pagar un cierto monto de las primeras facturas de servicios de salud que reciben cada año calendario. El monto que usted es responsable de pagar cada año se denomina deducible anual.

Los siguientes son los montos deducibles anuales:

En el nivel de beneficios Core-Plus, el monto del deducible anual es \$250 por persona, pero no más de \$750 por familia.

En el nivel de beneficios Core, el monto del deducible anual es \$375 por persona, pero no más de \$1,125 por familia.

Todos los beneficios están sujetos al deducible excepto:

- Beneficio por muerte
- Beneficio por amputación accidental
- Beneficio por enfermedad y accidente
- Tratamiento de desintoxicación de un paciente hospitalizado, que tiene un copago separado
 - Costo del centro hospitalario de un paciente hospitalizado (incluido paciente hospitalizado por salud mental), que tiene un copago separado
- Cuidados terminales (*hospice care*)
- Beneficio de medicamentos recetados, que tiene un deducible aparte
- Beneficio dental
- Beneficio de vista

Incluso antes de haber alcanzado el monto deducible, es importante presentar una reclamación lo antes posible, ya que no se pagarán reclamaciones en tanto no haya recibido crédito por haber pagado el deducible anual. Nunca retenga facturas por servicios médicos. **Presente la reclamación inmediatamente para evitar cualquier posibilidad de que su reclamación sea denegada debido a la regla de presentación tardía de 180 días.**

¿QUÉ SON LOS NIVELES DE BENEFICIOS Y CUÁL VOY A RECIBIR?

Este folleto describe dos niveles diferentes de beneficios: Core-Plus y Core. El nivel de beneficios que recibirá usted y su familia depende del número de días de empleo cubierto que tiene con ciertos empleadores en los periodos de elegibilidad antes de su reclamación. Si cumple con todos los requerimientos para más de un nivel de beneficios, recibirá el nivel de beneficios más alto para el cual califique.

Nuevos empleados que están estableciendo su elegibilidad o empleados que están restableciendo su elegibilidad para recibir beneficios:

- Una vez que haya completado los 90 días de empleo cubierto, recibirá el nivel de beneficios por el cual el Plan haya recibido la mayoría de las contribuciones. Por ejemplo, si el Plan recibió 47 días de contribuciones para usted en el nivel Core-Plus, y 43 días de contribuciones en el nivel Core, usted y sus dependientes recibirán beneficios Core-Plus.

Empleados establecidos que han cumplido con los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios:

- Si usted es un empleado existente y tiene suficientes días de empleo cubierto para calificar para recibir beneficios, recibirá beneficios Core-Plus si trabajó por lo menos 45 días durante el período de elegibilidad de 6 meses anterior para un empleador que estaba obligado a hacer contribuciones en su nombre en el nivel Core-Plus y un total de por lo menos 60 días para un empleador obligado a hacer

contribuciones en el nivel Core-Plus o Core; **o** si trabaja para un empleador que estaba obligado a hacer contribuciones a la tarifa Core-Plus para la mayoría de los días durante los dos periodos de elegibilidad anteriores.

- Recibirá beneficios Core si trabajó por lo menos 45 días durante el período de elegibilidad de 6 meses anterior para un empleador que estaba obligado a hacer contribuciones en el nivel Core y un total de por lo menos 60 días para un empleador obligado a hacer contribuciones en el nivel Core o Core-Plus; **o** si trabaja para un empleador que estaba obligado a hacer contribuciones en el nivel Core para la mayoría de los días durante los dos periodos de elegibilidad anteriores.
- Si trabaja para un empleador de aguas interiores se aplican las reglas anteriores; **excepto** que, si su nivel de beneficios aumenta debido a un cambio en el contrato entre la Unión y su empleador, recibirá el nivel de beneficios más alto a partir de la fecha efectiva del contrato.

¿QUÉ BENEFICIOS DE SALUD SON PAGADOS POR EL PLAN?

El Seafarers Health and Benefits Plan pagará por el costo de los servicios de salud que se necesiten para tratar una enfermedad o lesión. El Plan también paga beneficios por ciertos servicios que son necesarios para mantener su salud y la de su familia.

La siguiente tabla es un resumen de los beneficios de salud cubiertos por el Plan. Para más detalles, revise la descripción que corresponda al beneficio que se enumera después de la tabla.

SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CORE-PLUS Y CORE		
<p><i>*Estos servicios están sujetos a deducibles. Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con CIGNA llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.</i></p>		
DESCRIPCIÓN	Core-Plus	Core
Deducible anual	\$250 Persona – Médico \$750 Familia – Médico	\$375 Persona – Médico \$1,125 Familia – Médico

SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN
RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CORE-PLUS Y CORE

**Estos servicios están sujetos a deducibles.*

Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con CIGNA llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.

DESCRIPCIÓN	Core-Plus	Core
<p>Habitación y comidas en el hospital Adicionales varios en el hospital</p>	<p>Requiere precertificación Dentro de la red 100% Fuera de la red 70% del costo normal y razonable \$450 copago de admisión Máximo de 180 días o \$1,000,000 por enfermedad (lo que ocurra primero) por hospitalización Cuidados intensivos - máximo de 15 días a la tarifa de cuidados intensivos del hospital. A partir del día 16, se paga la tarifa de habitación semiprivada.</p>	<p>Requiere precertificación Dentro de la red 100% Fuera de la red 70% del costo normal y razonable \$450 copago de admisión Máximo de 180 días o \$1,000,000 por enfermedad (lo que ocurra primero) por hospitalización Cuidados intensivos - máximo de 15 días a la tarifa de cuidados intensivos del hospital. A partir del día 16, se paga la tarifa de habitación semiprivada.</p>
<p>Rehabilitación de un paciente hospitalizado (en una casa de salud especializada o centro de rehabilitación de pacientes críticos)</p> <p>NOTA: Este beneficio solo se paga a los empleados o dependientes que se están recuperando de una enfermedad o lesión catastrófica como derrame cerebral, accidente grave o ataque cardíaco.</p>	<p>Requiere precertificación Se paga de la misma manera que el ítem "habitación y comidas en el hospital" anterior.</p>	<p>Requiere precertificación Se paga de la misma manera que el ítem "habitación y comidas en el hospital" anterior.</p>
<p>Quirúrgico, Paciente hospitalizado</p>	<p>Requiere precertificación Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *</p>	<p>Requiere precertificación Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *</p>
<p>Quirúrgico, Paciente ambulatorio</p>	<p>Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *</p>	<p>Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *</p>
<p>Visitas al médico Paciente hospitalizado o ambulatorio</p>	<p>Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *</p>	<p>Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *</p>

SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN
RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CORE-PLUS Y CORE

**Estos servicios están sujetos a deducibles.*

Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con CIGNA llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.

DESCRIPCIÓN	Core-Plus	Core
Pruebas de diagnóstico y rayos X, Paciente hospitalizado	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *
Pruebas de diagnóstico y rayos X, Paciente ambulatorio	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Requiere precertificación para servicios de radiología de alta tecnología	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Requiere precertificación para servicios de radiología de alta tecnología
Tratamiento de emergencia	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * \$300 copago si se le trata por enfermedad y no es ingresado en el hospital	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * \$300 copago si se le trata por enfermedad y no es ingresado en el hospital
Tratamiento para el cáncer Quimioterapia y radiación Paciente hospitalizado o ambulatorio	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable *
Rehabilitación cardíaca	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Límite de 40 visitas por año	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Límite de 40 visitas por año
Terapia física (para enfermedades o lesiones no catastróficas)	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Límite de 20 visitas por año <i>(Solo empleado)</i>	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Límite de 20 visitas por año <i>(Solo empleado)</i>
Terapia física/ocupacional/vocal/ pulmonar/cognitiva (a continuación de una enfermedad o lesión catastrófica)	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Límite de 40 visitas por año (para todas las terapias combinadas) <i>(Empleado y dependientes)</i>	Dentro de la red 80% * Fuera de la red 65% del costo normal y razonable * Límite de 40 visitas por año (para todas las terapias combinadas) <i>(Empleado y dependientes)</i>

SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN
RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CORE-PLUS Y CORE

**Estos servicios están sujetos a deducibles.*

Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con CIGNA llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.

DESCRIPCIÓN	Core-Plus	Core
Paciente hospitalizado por salud mental	Solo costo del centro: Dentro de la red 100% Fuera de la red 70% del costo normal y razonable \$450 copago de admisión <i>(Solo empleado)</i>	Solo costo del centro: Dentro de la red 100% Fuera de la red 70% del costo normal y razonable \$450 copago de admisión <i>(Solo empleado)</i>
Paciente ambulatorio por salud mental	Dentro de la red 80%* Fuera de la red 65%* <i>(Solo empleado)</i>	Dentro de la red 80%* Fuera de la red 65%* <i>(Solo empleado)</i>
Desintoxicación por abuso de sustancias	Dentro de la red 100% Fuera de la red 70% del costo normal y razonable \$450 copago de admisión <i>(Solo empleado); el beneficio es solo para desintoxicación.</i>	Dentro de la red 100% Fuera de la red 70% del costo normal y razonable \$450 copago de admisión <i>(Solo empleado); el beneficio es solo para desintoxicación.</i>
Trasplantes de órganos y tejidos	Dentro de la red 80%* Fuera de la red 65% del costo normal y razonable*	Dentro de la red 80%* solo para autotrasplante de médula ósea Fuera de la red 65% del costo normal y razonable* solo para autotrasplante de médula ósea
Asistencia médica domiciliaria/Enfermería domiciliaria	100% del costo normal y razonable* Máximo combinado de 60 visitas por año <i>(una visita se define como 2 horas o menos)</i> con un costo máximo admisible de \$75 por hora para asistencia médica domiciliaria o enfermería domiciliaria	100% del costo normal y razonable * Máximo combinado de 60 visitas por año <i>(una visita se define como 2 horas o menos)</i> con un costo máximo admisible de \$75 por hora para asistencia médica domiciliaria o enfermería domiciliaria
Cuidados terminales	Dentro de la red 80% Fuera de la red 80% del costo normal y razonable	Dentro de la red 80% Fuera de la red 80% del costo normal y razonable

SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN
RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CORE-PLUS Y CORE

**Estos servicios están sujetos a deducibles.*

Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con CIGNA llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.

DESCRIPCIÓN	Core-Plus	Core
Medicamentos recetados	\$10-Genérico en tienda** \$25-Marca en lista de medicamentos preferidos en tienda** \$50-Marca no en lista de medicamentos preferidos en tienda** <i>**Para suministro de 30 días (Pedido por correo también disponible en diferentes copagos)</i> \$100 deducible por persona \$200 máximo por familia	\$10-Genérico en tienda** \$25-Marca en lista de medicamentos preferidos en tienda** \$50-Marca no en lista de medicamentos preferidos en tienda** <i>**Para suministro de 30 días (Pedido por correo también disponible en diferentes copagos)</i> \$100 deducible <i>(Solo empleado)</i>
Cuidado de la vista	\$200 máximo por empleado en 24 meses \$200 máximo por dependiente en 24 meses	\$125 máximo por empleado en 24 meses \$40 máximo por dependiente en 24 meses
Cuidado dental	100% de los primeros \$500 de servicios dentales independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de la red. Después de los primeros \$500: Dentro de la red 60% Fuera de la red 50% hasta alcanzar un máximo de \$2,000 por año.*** \$4,000 de ortodoncia máximo de por vida*** sin límite en odontología pediátrica preventiva*** ***Los beneficios que se pagan para cuidados preventivos y ortodoncia contarán para el máximo anual de \$2,000 por año.	100% de los primeros \$500 de servicios dentales independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de la red. Después de los primeros \$500: Dentro de la red 60% Fuera de la red 50% hasta alcanzar un máximo de \$1,000 por año.*** \$2,000 de ortodoncia máximo de por vida*** sin límite en odontología pediátrica preventiva*** ***Los beneficios que se pagan para cuidados preventivos y ortodoncia contarán para el máximo anual de \$1,000 por año.
Enfermedad y accidente	39 semanas a \$25 por día <i>(Solo empleado)</i>	39 semanas a \$25 por día <i>(Solo empleado)</i>

**SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN
RESUMEN DE BENEFICIOS PARA CORE-PLUS Y CORE**

**Estos servicios están sujetos a deducibles.*

Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con CIGNA llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.

DESCRIPCIÓN	Core-Plus	Core
Beneficio por muerte	\$5,000 a \$50,000 <i>(\$1,000 máximo si no nombra a un beneficiario o si el beneficiario no está en la categoría de pariente cercano en el Plan). (Solo empleado)</i>	\$5,000 a \$20,000 <i>(\$1,000 máximo si no nombra a un beneficiario o si el beneficiario no está en la categoría de pariente cercano en el Plan). (Solo empleado)</i>
Amputación accidental	\$2,500 a \$5,000 <i>(Solo empleado)</i>	\$2,500 a \$5,000 <i>(Solo empleado)</i>
Programa de becas	Marinos: 2 becas de dos años a \$6,000 cada una; 1 beca de cuatro años a \$20,000. Dependientes: 5 becas de cuatro años a \$20,000 cada una.	Marinos: 2 becas de dos años a \$6,000 cada una; 1 beca de cuatro años a \$20,000. Dependientes: 5 becas de cuatro años a \$20,000 cada una.
Limitación de por vida	Ninguna	Ninguna

Los siguientes beneficios de salud están cubiertos por el Plan:

Habitación y comidas en el hospital

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 100% del costo permitido dentro de la red para habitación y comidas en el hospital, por un máximo de 180 días, o \$1,000,000 por enfermedad (lo que ocurra primero) para internación en un centro de la red. Si se interna en un centro fuera de la red, el Plan pagará el 70% del costo normal y razonable para un máximo de 180 días, o \$1,000,000 por enfermedad, lo que ocurra primero. Una vez que alcance el límite de 180 días o \$1,000,000 en pagos de beneficios, debe permanecer fuera del hospital durante por lo menos 60 días antes de que el Plan pague tarifas adicionales para atención por la misma enfermedad. Este límite se aplica a todas las tarifas relacionadas con el centro hospitalario, incluyendo adicionales de hospital, según se describen a continuación. ***Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con su red (CIGNA o Humana) llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.***

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de habitación y comidas en el hospital. Los pagos de los costos de hospital están sujetos a un copago de admisión de \$450. Solo está obligado a pagar este copago de \$450 una vez para toda la estadía en el hospital.

El pago de habitación y comidas en el hospital se basa en la tarifa de habitación semiprivada del hospital, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria.

Adicionales de hospital

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 100% del costo permitido dentro de la red para adicionales de hospital mientras está internado en un centro de la red. Si se interna en un centro fuera de la red, el Plan pagará el 70% del costo normal y razonable.

Una vez que alcance el máximo de 180 días, o \$1,000,000 en beneficios por enfermedad (lo que ocurra primero) para todas las tarifas relacionadas con el centro hospitalario (incluyendo adicionales de hospital), debe permanecer fuera del hospital durante por lo menos 60 días antes de que el Plan pague tarifas adicionales de hospital por la misma enfermedad. Este límite se aplica a todas las tarifas relacionadas con el centro hospitalario, incluyendo habitación y comidas en el hospital, según se describen anteriormente. ***Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con su red (CIGNA o Humana) llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.***

Los adicionales de hospital incluyen costos de quirófano, rayos X y pruebas de diagnóstico, oxígeno, apósitos y medicamentos.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de adicionales de hospital. El pago de los adicionales de hospital está sujeto a un copago de admisión de \$450, excepto que este pago ya esté incluido al pagar otros costos de hospital.

Cuidados intensivos

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 100% del costo permitido dentro de la red para internación en una unidad de cuidados intensivos en un centro de la red.

Si se interna en un centro fuera de la red, el Plan pagará el 70% del costo normal y razonable.

El Plan pagará la internación en una unidad de cuidados intensivos a la tarifa de cuidados intensivos del hospital hasta 15 días. A partir del día 16, el Plan pagará por cuidados intensivos a la tarifa de habitación semiprivada del hospital, de la misma manera que habitación y comidas en el hospital. Las unidades de cuidados intensivos incluyen unidades de cuidados cardíacos, unidades de quemados y otras unidades de cuidados especiales. ***Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con su red (CIGNA o Humana) llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.***

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de cuidados intensivos. El pago de cuidados intensivos está sujeto a un copago de admisión de \$450, excepto que este pago ya esté incluido al pagar otros costos de hospital.

Rehabilitación de un paciente hospitalizado

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará beneficios por rehabilitación de un paciente hospitalizado cuando se requiera rehabilitación para recuperarse de una enfermedad o lesión catastrófica. Los tipos de rehabilitación cubierta son terapia física, ocupacional, del lenguaje, pulmonar y cognitiva.

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 100% del costo permitido dentro de la red por un máximo de 180 días, o \$1,000,000 por enfermedad o hasta que alcance la mejoría médica máxima (lo que ocurra primero) para internación en un centro de la red. Si se interna en un centro fuera de la red, el Plan pagará el 70% del costo normal y razonable para un máximo de 180 días, o \$1,000,000 por enfermedad, o hasta que alcance la mejoría médica máxima (lo que ocurra primero).

Una vez que alcance el límite de 180 días o \$1,000,000 en pagos de beneficios, debe permanecer fuera del centro de rehabilitación durante por lo menos 60 días antes de que el Plan pague beneficios adicionales por su atención. El Plan ya no pagará la rehabilitación de un paciente hospitalizado una vez que llegue a la mejoría médica máxima. Estos límites se aplican a todas las tarifas relacionadas con el centro hospitalario. El Plan no pagará beneficios por cuidados supervisados. ***Todos los centros hospitalarios requieren precertificación. Póngase en contacto con su red (CIGNA o Humana) llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.***

Los pagos de rehabilitación de un paciente hospitalizado están sujetos a un copago de admisión de \$450. Solo está obligado a pagar este copago de \$450 una vez para toda la estadía en el centro de rehabilitación. Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de rehabilitación de un paciente hospitalizado después de una enfermedad o lesión catastrófica.

Cirugía

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para el cirujano cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable para el cirujano. El Plan le pagará al cirujano asistente (médico) el 20% del monto permitido para el cirujano. El Plan le pagará al asistente quirúrgico (no médico) el 10% del monto permitido para el cirujano. Si se lleva a cabo más de un procedimiento quirúrgico durante la misma sesión, los pagos de todos los procedimientos, excepto el primero, se reducirán en un 50% del costo permitido. Los pagos de anestesia se calculan utilizando la fórmula para reclamaciones fuera de la red. Esta fórmula está a disposición. ***Todas las cirugías con internación requieren precertificación. Póngase en contacto con su red (CIGNA o Humana) llamando al número de teléfono provisto en la tarjeta de identificación.***

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de beneficios quirúrgicos. Los beneficios quirúrgicos se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Anestesia

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para anestesia cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo permitido según una fórmula establecida por el Plan. Esta fórmula está a disposición.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de beneficios de anestesia. Los beneficios de anestesia se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Visitas de médicos y especialistas en el hospital

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para visitas médicas en el hospital cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de visitas médicas en el hospital. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Visitas médicas y servicios ambulatorios

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable. Este beneficio incluye servicios como trabajo de laboratorio, inmunizaciones y exámenes físicos.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de servicios ambulatorios. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Pruebas de diagnóstico y rayos X para pacientes ambulatorios

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable. Este beneficio incluye servicios como rayos X, tomografía PET, tomografía axial computarizada y resonancia magnética. ***Se requiere precertificación para servicios de radiología de alta tecnología como tomografía PET, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, cateterismo cardíaco y ecocardiografía con prueba de estrés.***

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de pruebas de diagnóstico y rayos X para pacientes ambulatorios. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Tratamiento de emergencia

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para tratamiento de emergencia cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable.

El tratamiento de emergencia es un servicio que se necesita inmediatamente debido a una lesión por accidente o a una enfermedad súbita e inesperada que requiere atención médica urgente. Si recibe tratamiento de emergencia por una enfermedad que no requiere internación, es responsable de pagar los primeros \$300 en costos. El Plan rechazará el pago de un tratamiento de emergencia si no ha habido una emergencia médica.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de tratamiento de emergencia. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Transporte en ambulancia

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red para transportar un paciente al hospital, y si el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 80% del costo normal y razonable para transporte en ambulancia.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de transporte en ambulancia. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Beneficio por maternidad

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para beneficios por maternidad cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable.

Este beneficio incluye pagar los honorarios del médico por su parto, el de su cónyuge o el de su hija dependiente menor de 26 años. Sin embargo, el Plan no ofrece cobertura para el hijo de su hija. El costo de habitación y comidas en el hospital, adicionales de hospital y cirugía se pagan de la misma manera que cualquier otra enfermedad. Para recibir beneficios por maternidad, debe ser elegible para recibir beneficios en el momento del parto.

Los planes de salud grupales generalmente no pueden, según las leyes federales, restringir los beneficios para toda duración de internación hospitalaria en relación con el nacimiento para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o el recién nacido, después de consultarlo con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, los planes

no pueden, según las leyes federales, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan para ordenar una duración de internación que no supere las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Interrupción voluntaria del embarazo (aborto)

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el costo de la interrupción voluntaria del embarazo (aborto) para **usted o su cónyuge** hasta un máximo de \$300, incluyendo todos los costos relacionados. Si el aborto no es médicamente necesario, el Plan pagará no más de un aborto durante un período de 12 meses. Si el aborto es necesario para preservar la salud de la madre, el Plan pagará de la misma manera que para toda otra enfermedad.

Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Tratamiento para el cáncer

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable. Este beneficio incluye servicios como quimioterapia y radiación.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de estos servicios. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Rehabilitación cardíaca

El Plan proporciona beneficios de rehabilitación cardíaca tanto para usted como para sus dependientes. Los pagos de rehabilitación cardíaca están limitados a 40 visitas durante un año calendario.

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable.

Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Terapia física

El Plan ofrece dos tipos de beneficios de terapia física: beneficios para terapia necesaria después de una **enfermedad o lesión no catastrófica** (como una pierna quebrada) y beneficios para terapia necesaria después de una **enfermedad o lesión catastrófica** (como un accidente cerebrovascular).

Los pagos de terapia física para empleados después de una **enfermedad o lesión no catastrófica** están limitados a veinte visitas durante un año calendario. No hay

cobertura para dependientes de beneficios de terapia física necesarios debido a una **enfermedad o lesión no catastrófica**.

Después de una **enfermedad o lesión catastrófica**, el Plan proporciona beneficios de terapia física, ocupacional, pulmonar y cognitiva tanto para usted como para sus dependientes para ayudar en la rehabilitación. Para calificar para estos beneficios, el empleado o dependiente debe mejorar hasta un cierto nivel de recuperación.

Estos beneficios se limitan a 40 visitas por año calendario para cualquier combinación de terapias. Para empleados solamente, estos beneficios se suman a los beneficios de terapia física para enfermedad o lesión **no catastrófica**.

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable.

Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Trasplantes de órganos y tejidos

En el nivel de beneficios Core-Plus, el Plan pagará beneficios por trasplantes de órganos y tejidos. En el nivel de beneficios Core, el Plan solo pagará beneficios por autotrasplante de médula ósea. El Plan no cubre otros trasplantes de órganos y tejidos en el nivel de beneficios Core.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de trasplantes de órganos y tejidos. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Cirugía bariátrica

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan ofrece beneficios de cirugía bariátrica para empleados con sobrepeso importante y que cumplen con ciertos criterios. Algunos ejemplos de cirugía bariátrica incluyen derivación gástrica, gastroplastia y banda gástrica.

Para ser elegible para este beneficio, debe tener un índice de masa corporal (IMC) de por lo menos 40 o un IMC por encima de 35, y una o más de las siguientes enfermedades:

- Diabetes tipo 2
- Enfermedad cardiovascular
- Hipertensión
- Apnea obstructiva del sueño
- U otras afecciones inducidas por la obesidad como dolores crónicos en las articulaciones, problemas de movilidad o interferencia con la capacidad de mantener el empleo.

Además, debe obtener la precertificación del Director Médico del Plan, que tendrá en cuenta estos criterios y otros factores para determinar si el procedimiento es médicamente necesario. Si está considerando esta cirugía y le gustaría saber más acerca de los criterios para aprobación del Plan, póngase en contacto con el Departamento de Reclamaciones llamando al 1-800-252-4674.

Este beneficio es para empleados elegibles solamente. El Plan no ofrece beneficios de cirugía bariátrica para dependientes. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Asesoramiento nutricional

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan proporciona beneficios de asesoramiento nutricional para empleados elegibles y sus dependientes. Para recibir este beneficio, usted o su dependiente deben tener un índice de masa corporal (IMC) de por lo menos 40 o un IMC por encima de 35, y una o más de las enfermedades mencionadas anteriormente: el Plan pagará hasta tres (3) sesiones de asesoramiento nutricional de la misma manera que paga por todos los otros honorarios profesionales.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de asesoramiento nutricional. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Cirugía de reasignación de género

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan proporciona beneficios de cirugía de reasignación de género para empleados elegibles y sus dependientes mayores de 18 años. El Plan cubrirá los servicios relacionados con la reasignación de género, incluyendo cirugía y tratamiento hormonal, cuando este tratamiento se indique médicamente. Para obtener más información acerca de los criterios de elegibilidad del Plan para recibir estos servicios, póngase en contacto con el Departamento de Reclamaciones llamando al 1-800-252-4674.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de cirugía de reasignación de género. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Asistencia médica en el hogar y cuidado en el hogar

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará un total combinado de hasta 60 visitas por año tanto para asistencia médica en el hogar como para cuidado en el hogar. Una "visita" equivale hasta dos horas de servicios de asistencia médica en el hogar y cuidado en el hogar proporcionados por un enfermero o asistente. El Plan pagará el costo de los servicios de un enfermero o asistente hasta un máximo de \$75.00 por hora. Otros servicios de asistencia médica en el hogar como medicamentos y suministros se pagan al 100% del costo normal y razonable, hasta llegar a la tarifa máxima diaria. La tarifa máxima diaria es la tarifa diaria promedio de su internación hospitalaria anterior más \$50.

Generalmente, para ser elegible para recibir este beneficio, la asistencia médica en el hogar debe comenzar dentro de los 14 días siguientes a la internación en un hospital de por lo menos dos días. Sin embargo, en determinadas circunstancias, después de una revisión por parte del Plan, el Plan pagará los servicios de asistencia médica en el hogar incluso si no estaba internado previamente por su afección. Los servicios deben ser prestados por una agencia de asistencia médica en el hogar aprobada y deben ser médicamente necesarios.

Tanto usted como sus dependientes tienen cobertura de servicios de asistencia médica en el hogar. Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Cuidados terminales

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo normal y razonable de los cuidados terminales para usted y sus dependientes. Para ser elegible para recibir este beneficio, el médico debe certificar que la expectativa de vida de usted o su dependiente no sea superior a seis meses. Los servicios deben ser prestados por un proveedor de cuidados terminales aprobado.

Equipo médico duradero

Solamente los empleados son elegibles para recibir beneficios de equipo médico duradero para tratar una enfermedad o lesión no catastrófica o una enfermedad crónica. El Plan no proporciona cobertura a los dependientes para recibir beneficios de equipo médico duradero necesario debido a una enfermedad o lesión no catastrófica o una enfermedad crónica.

Tanto usted como sus dependientes están cubiertos para recibir beneficios de equipo médico duradero cuando es necesario para ayudar en la rehabilitación después de una enfermedad o lesión catastrófica.

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para equipo médico duradero cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable para equipo médico duradero. Solamente para los empleados, si su enfermedad o lesión se produjo mientras estaba trabajando en un empleo cubierto, el Plan pagará el 50% del costo normal y razonable para equipo médico duradero.

El equipo médico duradero incluye dispositivos protésicos, dispositivos médicos y otro equipo duradero. El Plan no pagará para mantener o reparar equipo médico duradero.

El Plan pagará el costo de los audífonos solamente para los empleados. El pago de los audífonos se limita a \$350 cada cinco años.

La Junta Fiduciaria debe aprobar todos los beneficios de equipo médico duradero superiores a \$1,000, si se compra, o superiores a \$500 por mes, si se alquila. Para solicitar el beneficio de equipo médico duradero, debe enviar una carta de su médico que describa el tipo de equipo y el motivo por el cual es necesario al Plan. La carta de su médico también debe incluir el costo estimado del equipo.

Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Cuidado de la vista

Para los empleados y sus dependientes en el nivel de beneficios Core-Plus, el Plan pagará un máximo de \$200 en costo de cuidado de la vista durante un período de 24 meses. Para empleados elegibles en el nivel de beneficios Core, el Plan pagará un máximo de \$125 en costo de cuidado de la vista durante un período de 24 meses. Para dependientes en el nivel de beneficios Core, el Plan pagará un máximo de \$40 en costo de cuidado de la vista durante un período de 24 meses.

Los servicios de cuidado de la vista incluyen exámenes de la vista, gafas y lentes de contacto. Los beneficios de cuidado de la vista están disponibles una vez cada 24 meses. Puede haber una razón médica para que su hijo dependiente (solamente menor de 19 años) reciba servicios de cuidado de la vista con mayor frecuencia. Si envía al Plan evidencia por escrito de este motivo, su hijo menor de 19 años puede ser elegible para recibir este beneficio con mayor frecuencia.

Exámenes físicos anuales

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 100% del costo de un examen físico de rutina cuando se lleva a cabo en una clínica contratada por el Plan y que ofrece este servicio.

Cuando el examen no se lleva a cabo en una clínica contratada por el Plan, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red para el examen anual cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable. Para cada empleado y dependiente, el Plan pagará el costo de un examen físico de rutina una vez cada doce meses.

Tanto usted como sus dependientes son elegibles para recibir este beneficio. Los beneficios para una clínica no contratada por el Plan se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

Para solicitar un examen físico de rutina en una clínica contratada por el Plan, debe ponerse en contacto con la oficina local del Plan.

Programa para dejar de fumar

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan proporciona beneficios para dejar de fumar para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes mayores de 18 años que sean elegibles para recibir beneficios.

Debe ponerse en contacto con CIGNA/CareAllies llamando al 866-417-7848 para inscribirse en el programa para dejar de fumar. Una vez que se inscriba, recibirá un suministro de 12 semanas de chicle de nicotina o un suministro de 8 semanas de parches de nicotina (lo que usted elija), así como material de referencia y orientación telefónica para apoyar sus esfuerzos para dejar de fumar.

Para los residentes de Puerto Rico, el Plan les reembolsará directamente hasta un máximo de \$175, lo que debe proporcionar un suministro de 12 semanas de chicle de nicotina o un suministro de 8 semanas de parches de nicotina. Los residentes de Puerto Rico deben enviar el formulario de reembolso de terapia de reemplazo de nicotina junto con sus recibos al Plan para obtener el reembolso. El formulario está disponible en línea en: www.seafarers.org, en la sección de Beneficios para Miembros / Planes de Beneficios para Marineros / Solicitudes (en inglés).

Tanto usted como sus dependientes mayores de 18 años están cubiertos para inscribirse en el programa para dejar de fumar.

¿CÓMO ES EL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PLAN?

En el nivel de beneficios Core-Plus, tanto usted como sus dependientes tienen derecho a recibir cobertura de medicamentos recetados. En el nivel Core-Plus, el Plan no paga recetas para tratar enfermedades de salud mental de dependientes.

En el nivel de beneficios Core, solamente **usted** recibe cobertura de medicamentos recetados. En el nivel de beneficios Core, no hay cobertura de medicamentos recetados para dependientes.

En el nivel de beneficios Core-Plus, el deducible anual por recetas es de \$100 por persona, hasta un máximo de \$200 por familia. En el nivel de beneficios Core, el deducible anual por recetas es de \$100 ya que no hay cobertura para dependientes. El deducible por recetas se suma al deducible anual de salud.

El Plan proporciona cobertura de medicamentos recetados mediante un acuerdo con un Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés). El actual Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan es OptumRx. El Administrador de Beneficios de Farmacia le extenderá una tarjeta de recetas. Debe presentar esta tarjeta cuando se le despache una receta.

Este programa le permite comprar medicamentos recetados en una farmacia participante o por correo. Sin embargo, los beneficios no se pagarán si una farmacia no participante despacha su receta. El Plan paga medicamentos recetados solo si son médicamente necesarios. El Plan no paga los medicamentos que pueden comprarse sin receta. Sin embargo, el Plan pagará insulina a pesar de que puede comprarse sin receta.

Usted deberá hacer un copago cada vez que compre medicamentos recetados. Los medicamentos genéricos tienen los montos de copago más bajos, mientras que los medicamentos de marca tienen los montos más altos. Además, existe un copago especialmente alto cuando los medicamentos de mantenimiento se compran en una farmacia minorista en lugar de hacerlo por correo. El Plan considera que un medicamento de mantenimiento es todo medicamento que se usa durante más de dos meses.

MONTOS DE COPAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

COMPRADOS EN TIENDA MINORISTA: SUMINISTRO DE 30 DÍAS	MONTO DEL COPAGO
Medicamentos genéricos	\$10
Medicamentos de marca incluidos en la lista de medicamentos preferidos	\$25
Medicamentos de marca no incluidos en la lista de medicamentos preferidos	\$50
Medicamentos de <i>mantenimiento</i> genéricos (<i>comienza al 3.º suministro de 30 días</i>)	\$30
Medicamentos de <i>mantenimiento</i> de marca incluidos en la lista de medicamentos preferidos (<i>comienza al 3.º suministro de 30 días</i>)	\$75
Medicamentos de <i>mantenimiento</i> de marca no incluidos en la lista de medicamentos preferidos (<i>comienza al 3.º suministro de 30 días</i>)	\$150
COMPRADOS POR CORREO: SUMINISTRO DE 90 DÍAS	MONTO DEL COPAGO
Medicamentos de <i>mantenimiento</i> genéricos	\$20
Medicamentos de <i>mantenimiento</i> de marca incluidos en la lista de medicamentos preferidos	\$50
Medicamentos de <i>mantenimiento</i> de marca no incluidos en la lista de medicamentos preferidos	\$100

Al despachar su receta, recibirá un medicamento genérico. Los medicamentos genéricos son medicamentos que no son de marca, pero por ley deben tener los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y están sujetos a las mismas normas que los medicamentos de marca. Estos medicamentos, por lo general, cuestan

menos. Si el medicamento genérico no está disponible, su receta se despachará con un medicamento de marca. Si decide comprar el medicamento de marca cuando el genérico está disponible, el Plan solamente pagará el beneficio que hubiera pagado por el medicamento genérico.

Ciertos medicamentos de marca están incluidos en la "lista de medicamentos preferidos", que es una lista de medicamentos especificados por el Administrador de Beneficios de Farmacia. Los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos preferidos se basan en la seguridad y eficacia de los medicamentos, que estén ampliamente disponibles y a un precio razonable. Los medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos preferidos generalmente son más caros que los que sí están incluidos en la lista, por lo tanto, su copago será mayor. Una copia de la lista de medicamentos preferidos de este Plan está disponible en www.optumrx.com o a través de un enlace en el sitio web de los Marineros: www.seafarers.org; o puede llamar al Seafarers Health and Benefits Plan o a OptumRx para solicitar una copia en papel (en inglés).

Los medicamentos de mantenimiento, que son todo medicamento recetado que se usa durante más de dos meses, deben comprarse por correo. Si no compra los medicamentos de mantenimiento por correo, su copago aumentará a partir de la receta del tercer mes.

Autorización previa

Ciertos medicamentos requieren la autorización previa del Administrador de Beneficios de Farmacia. Su médico debe demostrar que usted tiene una necesidad médica para ese medicamento en particular. Estos medicamentos requieren aprobación previa porque son medicamentos que:

- solamente se han aprobado o se han hallado eficaces para tratar ciertas enfermedades, pero se recetan para una enfermedad diferente; o
- se recetan para enfermedades cuya seguridad y eficacia no han sido probadas; o
- cuestan más que otros medicamentos que se usan para tratar las mismas enfermedades o similares.

Si su médico le receta un medicamento por primera vez, tanto usted como su doctor pueden revisar la lista de medicamentos del Administrador de Beneficios de Farmacia que requieren autorización previa. El formulario de autorización previa está disponible en el portal del proveedor en línea en www.optumrx.com o también puede llamar a OptumRx o al Seafarers Health and Benefits Plan para solicitar una copia en papel (en inglés).

Límites de cantidad

El límite de cantidad es la mayor cantidad de un medicamento que puede recibir por copago, o en un periodo de tiempo determinado. El Administrador de Beneficios de Farmacia tiene límites de cantidad en ciertos medicamentos para garantizar que los pacientes tomen la dosis adecuada de estos medicamentos. Estos límites se basan en

las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para dosificación de medicamentos, pautas clínicas o patrones de uso.

Sin embargo, si necesita una mayor cantidad de medicamento porque estará embarcado durante un período prolongado, el Seafarers Health and Benefits Plan podrá aprobar su solicitud para superar el límite de cantidad. Póngase en contacto con el Seafarers Health and Benefits Plan llamando al 1-800-252-4674.

Exclusión de medicamentos compuestos

Un medicamento compuesto es un medicamento personalizado fabricado según una orden por un farmacéutico o un médico, o por alguien que está bajo su supervisión, mediante la combinación, mezcla o alteración de los ingredientes para crear un medicamento adaptado a las necesidades de un paciente en particular. Los medicamentos compuestos no están aprobados por la FDA; por lo tanto, su seguridad, calidad y eficacia no siempre se han establecido. En la mayoría de los casos hay alternativas seguras, eficaces y de menor costo que los medicamentos compuestos. Este Plan no pagará medicamentos compuestos a menos que su médico proporcione una razón por la que no hay una alternativa adecuada. Su médico puede proporcionar esta información llamando a OptumRx al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, enviando un formulario de autorización previa por fax o presentando la información en el portal de su proveedor en línea en www.optumrx.com (en inglés).

Nuevos medicamentos de alto costo

La industria farmacéutica presenta constantemente nuevos medicamentos de alto costo. En muchos casos, ya existe un medicamento que trata con éxito la misma enfermedad. Este Plan no pagará beneficios para un nuevo medicamento por hasta seis meses, hasta que su eficacia haya sido establecida por el Administrador de Beneficios de Farmacia. Después de que el medicamento esté aprobado, el Administrador de Beneficios de Farmacia decidirá si se pagará como medicamento incluido en la lista de medicamentos preferidos o no (los medicamentos que no están incluidos en la lista tienen un copago mayor).

Para obtener más información acerca de los pedidos por correo, o acerca de su cobertura de medicamentos recetados, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de recetas. Si no tiene una tarjeta de recetas, puede ponerse en contacto con la oficina del Plan llamando al 1-800-252-4674.

¿PAGA EL PLAN BENEFICIOS DENTALES?

En el nivel de beneficios **Core-Plus**, los beneficios dentales se limitan a \$2,000 por cada empleado o dependiente durante un año calendario, excepto para los hijos menores de 19 años, ya que no hay límite sobre los beneficios de odontología pediátrica preventiva. Los servicios dentales preventivos contarán para el máximo anual de \$2,000.

El Plan pagará el 100% de los primeros \$500 de servicios dentales provistos por un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Después de eso, si usa un proveedor dentro de la red, el Plan pagará el 60% del costo permitido dentro de la red para los servicios restantes hasta el máximo anual de \$2,000. Si usa un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 50% del costo permitido para los servicios restantes hasta el máximo anual de \$2,000.

Los pagos de ortodoncia se limitan a \$4,000 por cada empleado o dependiente durante su vida. Los servicios de ortodoncia contarán para el máximo anual de \$2,000.

Los siguientes servicios se consideran servicios dentales **preventivos** para los hijos menores de 19 años:

- Examen oral periódico (incluye detección de cáncer de tejidos blandos/oral).
- Profilaxis (limpieza de dientes).
- Tratamiento de fluoruro tópico.
- Suplemento de fluoruro.
- Educación sobre salud bucal (incluye instrucciones de cepillado de dientes y uso de hilo dental).
- Selladores.

En el nivel de beneficios **Core**, los beneficios dentales se limitan a \$1,000 por cada empleado o dependiente durante un año calendario, excepto para los hijos menores de 19 años, ya que no hay límite sobre los beneficios de odontología pediátrica preventiva. Los servicios dentales preventivos contarán para el máximo anual de \$1,000. Consulte la lista anterior de servicios dentales preventivos pediátricos.

El Plan pagará el 100% de los primeros \$500 de servicios dentales provistos por un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Después de eso, si usa un proveedor dentro de la red, el Plan pagará el 60% del costo permitido dentro de la red para los servicios restantes hasta el máximo anual de \$1,000. Si usa un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 50% del costo permitido para los servicios restantes hasta el máximo anual de \$1,000.

Los pagos de ortodoncia se limitan a \$2,000 por cada empleado o dependiente durante su vida. Los servicios de ortodoncia contarán para el máximo anual de \$1,000.

Muchos dentistas participan en la red. Si recibe servicios dentales de un dentista que está en la red, sus gastos de bolsillo serán menores en la mayoría de los casos. Para obtener más información acerca de los dentistas participantes, póngase en contacto con la red llamando al número de teléfono o consultando el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación dental.

Para obtener más información acerca de los beneficios dentales, puede ponerse en contacto con el Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
P.O. Box 380
Piney Point, Maryland 20674
1-800-252-4674

¿QUÉ BENEFICIOS DE SALUD MENTAL SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN EL PLAN?

Internación por salud mental

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 100% del costo permitido dentro de la red para su internación en un centro de salud mental de la red. Si se interna en un centro de salud mental fuera de la red, el Plan pagará el 70% del costo normal y razonable.

Este beneficio es para empleados solamente. El Plan no ofrece beneficios de paciente hospitalizado por salud mental para dependientes. Los pagos de los costos del centro de salud mental están sujetos a un copago de admisión de \$450.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan proporciona beneficios de salud mental para pacientes ambulatorios **solo para empleados**. El Plan no ofrece beneficios de salud mental para pacientes ambulatorios para dependientes ni paga medicamentos para tratar trastornos de salud mental para dependientes.

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el 80% del costo permitido dentro de la red cuando se utilice un proveedor dentro de la red. Cuando se utilice un proveedor fuera de la red, el Plan pagará el 65% del costo normal y razonable.

Los beneficios se pagan únicamente después de haber pagado el deducible anual.

¿QUÉ BENEFICIOS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS?

Desintoxicación de un paciente hospitalizado

El Plan ofrece beneficios para el tratamiento por abuso de sustancias solo para empleados. En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el Plan pagará el tratamiento de desintoxicación de un paciente hospitalizado de la misma manera que el resto de las internaciones. El Plan pagará el 100% del costo permitido dentro de la red para internación en un centro de la red. Si se interna en un centro fuera de la red, el Plan

pagará el 70% del costo normal y razonable. Los pagos de desintoxicación de un paciente hospitalizado están sujetos a un copago de admisión de \$450.

Tratamiento por abuso de sustancias de un paciente hospitalizado

El Plan proporciona tratamiento grupal en un entorno residencial en el Centro de Rehabilitación de Adicciones para Marineros (SARC, por sus siglas en inglés) en Valley Lee, Maryland. Este tratamiento se encuentra disponible de manera gratuita para los empleados elegibles.

Para solicitar el tratamiento por abuso de sustancias en el Centro de Rehabilitación de Adicciones para Marineros, incluyendo arreglos de transporte, póngase en contacto con su agente portuario o representante de la unión. Si desea recibir información adicional, puede ponerse en contacto directamente con el centro llamando al (301) 994-0010, ext. 5330. Todas las llamadas son confidenciales.

El Plan no cubre el tratamiento por abuso de sustancias de un paciente hospitalizado en ningún otro centro. No hay cobertura de tratamiento por abuso de sustancias para dependientes.

¿QUÉ BENEFICIOS OFRECE EL PLAN DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA?

El Plan ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía como reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y tratamiento de complicaciones resultantes de la mastectomía, como el linfedema. Estos beneficios se ofrecen tanto a empleados como a dependientes. Las mismas limitaciones y deducibles que se aplican a otros beneficios se aplican a estos servicios relacionados con la mastectomía. Para obtener más información, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674.

¿CUÁL ES EL BENEFICIO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO?

Si permanece incapacitado después de que su elegibilidad para recibir beneficios ha terminado, puede continuar recibiendo beneficios médicos solo para la lesión o enfermedad que le ha incapacitado. Esta cobertura puede continuar hasta por 26 semanas después de su último día de elegibilidad. Para obtener más información acerca de este beneficio, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674.

¿QUÉ DEBO HACER SI ENCUENTRO UN ERROR EN MI FACTURA DE SERVICIOS DE SALUD?

Cuando usted reciba una factura de un proveedor de salud, revísela cuidadosamente. Si la factura incluye costos por servicios que no ha recibido, debe ponerse en contacto con el médico o el hospital y que estos corrijan el error.

Si logra que corrijan la factura, debe ponerse en contacto con la oficina del Plan. Después de verificar la corrección, el Plan le pagará una bonificación. La bonificación es igual al 25% del monto que le ahorró al Plan, hasta una bonificación máxima de \$500.

¿QUÉ SUCEDE SI MI CÓNYUGE O MI HIJO TIENEN OTRO SEGURO DE SALUD?

Si su cónyuge tiene seguro a través de su empleador, debe presentar una reclamación coordinada. La manera correcta de presentar una reclamación coordinada depende de quién fue el paciente:

- Si el paciente fue usted, envíe la reclamación a la dirección de la red que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de la red. Después de que el Seafarers Health and Benefits Plan haya pagado su reclamación, envíe la reclamación al seguro de su cónyuge. Asegúrese de incluir la declaración de beneficios que recibió cuando se procesó la reclamación.
- Si el paciente fue su cónyuge, envíe la reclamación al seguro de su cónyuge en primer lugar. Una vez que el seguro de su cónyuge haya procesado la reclamación, envíe la reclamación a la dirección de la red que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de la red. Asegúrese de incluir la declaración de beneficios que recibió de parte del seguro de su cónyuge.
- Si el paciente fue su hijo, el seguro que debe recibir la reclamación en primer lugar es el seguro del padre que cumple años primero. Después de haber recibido la declaración de beneficios del primer seguro, debe presentar una reclamación según la cobertura del otro padre. **Esta regla puede no aplicarse si la cobertura es proporcionada según una Orden de Asistencia Médica Calificada para el Menor.**

EJEMPLO: Usted está cubierto por el Seafarers Health and Benefits Plan y su cónyuge también tiene seguro de salud. Su cumpleaños es el 3 de mayo y el cumpleaños de su cónyuge es el 4 de abril. Las reclamaciones de sus hijos dependientes deben ser enviadas en primer lugar al seguro de su cónyuge, ya que el cumpleaños de su cónyuge llega primero.

Cuando el Seafarers Health and Benefits Plan es el segundo pagador, la fecha de ocurrencia de la reclamación es la fecha en la cual el primer seguro hizo el pago. **Debe solicitar los beneficios al Seafarers Health and Benefits Plan dentro de los 180 días siguientes a esa fecha.**

Si su hijo tiene beneficios de salud a través de su empleo, esa cobertura de seguro será el pagador primario de su hijo. Después de que ese seguro haya pagado la reclamación, esta podrá ser presentada ante este Plan para pago secundario, enviando la reclamación a la red a la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Si usted, su cónyuge o su hijo son elegibles para Medicare, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674 para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios.

¿CÓMO PUEDO REDUCIR MIS GASTOS DE BOLSILLO?

Puede reducir sus gastos de bolsillo usando proveedores de la red. El Plan paga a los proveedores fuera de la red sobre la base de la determinación del Plan del costo normal y razonable. El costo normal y razonable por lo general es menor que el costo real. El Plan paga un porcentaje menor para los proveedores fuera de la red. Además, los proveedores dentro de la red han acordado aceptar el costo permitido dentro de la red como pago completo, después de que usted haya pagado todo -copago y deducible requerido. Para obtener más información acerca de la red, puede ponerse en contacto con la oficina del Plan, ingresar al sitio web de la red que aparece en su tarjeta de identificación del Plan o llamar al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Además, si un proveedor de la red no está disponible, puede reducir sus gastos de bolsillo usando un proveedor que participe en el programa de ahorros fuera de la red CIGNA. Los proveedores de salud que participan en este programa han acordado aceptar tarifas de descuento como pago completo, excepto por copagos y deducibles aplicables. Para obtener más información acerca de este programa, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

¿DEBO OBTENER UNA PRECERTIFICACIÓN AL USAR PROVEEDORES DE LA RED?

El Plan proporciona servicios a través de una red de proveedores preferidos. **Antes de toda cirugía o internación se requiere la precertificación de la red. También debe notificar a la red, dentro de las 48 horas, toda cirugía o internación de emergencia. Los beneficios no se pagarán si no notifica a la red.** Si le ha pedido al proveedor que notifique a la red por usted, asegúrese de que lo ha hecho poniéndose en contacto con la red usted mismo. **Recuerde que notificar a la red es su responsabilidad.**

También debe obtener la precertificación de la red para servicios ambulatorios de radiología de alta tecnología, como tomografía PET, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, cateterismo cardíaco y ecocardiografía con prueba de estrés. Si no obtiene la aprobación de la red antes de recibir estos servicios, el Plan no pagará los beneficios. Cuando estos servicios se llevan a cabo en la sala de emergencias o mientras está internado en el hospital, no necesita precertificación.

Para más información, puede ponerse en contacto con la oficina del Plan llamando al 1-800-252-4674, o llamando al número de teléfono de la red que aparece en su tarjeta de identificación.

¿CÓMO SOLICITO LOS BENEFICIOS DE SALUD?

Antes de presentar una reclamación, asegúrese de tener una **tarjeta de inscripción del beneficiario** registrada en el Plan. Si el paciente es su cónyuge, asegúrese de haber enviado una copia válida de **su certificado de matrimonio**. Antes de que el Plan pague beneficios para sus hijos dependientes, debe enviar una copia válida del **certificado de nacimiento de cada uno de sus hijos**. También debe enviar una copia de la **tarjeta de Seguro Social de cada uno de los dependientes**.

Si tiene alguna duda sobre cobertura o elegibilidad, llame al 1-800-252-4674. Para obtener información acerca de la red, puede ponerse en contacto con la oficina del Plan o visitar la sección de Beneficios para Miembros del sitio web de los Marineros en www.seafarers.org (en inglés).

Envíe **todas** las reclamaciones, excepto las reclamaciones de vista y dentales, a la dirección que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación que recibió. **Las reclamaciones dentro y fuera de la red deben enviarse a esta dirección**. Si pierde esta tarjeta, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674. **Las reclamaciones deben ser presentadas dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha del servicio, o se denegarán por presentación tardía**.

- Cuando se usa un proveedor dentro de la red, por lo general no debe presentar la reclamación usted mismo. El proveedor presentará la reclamación por usted. Este puede presentar la reclamación electrónicamente o por correo.
- Para que sea el Plan quien le pague al proveedor de salud en lugar de usted, el proveedor le pedirá que firme un documento para asignarle los beneficios. Si el Plan recibe evidencia de que usted le ha pagado al proveedor en su totalidad, el Plan le pagará a usted directamente.
- Cuando se usa un proveedor fuera de la red, pregúntele si acepta el pago directo de parte del Plan. En muchos casos, el proveedor presentará la reclamación por usted. Si el proveedor desea presentar una reclamación electrónicamente, debe consultar el reverso de su tarjeta de identificación médica para obtener más información, o puede ponerse en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674.

- Si debe pagarle por adelantado a un proveedor fuera de la red, pida una copia de la factura detallada. Para recibir los beneficios, usted debe enviar esta factura detallada a la red a la dirección que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Asegúrese de que la factura incluya: número de Seguridad Social del empleado, nombre del paciente, nombre del proveedor, dirección, número de identificación, fecha del servicio, diagnóstico, descripción del tratamiento, suministros utilizados y costos detallados. El Plan procesará su reclamación dentro de los 30 días después de recibida. **Sin embargo, su reclamación no se pagará a menos que se presente dentro de los 180 días a partir de la fecha de ocurrencia de la reclamación.**

Salvo que usted viva en Puerto Rico, por favor envíe las **reclamaciones de vista y dentales únicamente** a la siguiente dirección:

Seafarers Health and Benefits Plan
P.O. Box 380
Piney Point, Maryland 20674

Si usted vive en Puerto Rico, envíe las reclamaciones de vista y dentales a Humana, a la dirección que figura en su tarjeta de identificación.

¿EXISTEN RAZONES POR LAS QUE EL PLAN PUEDE NO PAGAR BENEFICIOS?

Los beneficios se pagarán únicamente si el tratamiento fue recibido en Estados Unidos, Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes de Estados Unidos u otros territorios de Estados Unidos o Canadá.

Su reclamación de beneficios puede ser *denegada o limitada* por alguna de las razones que se indican a continuación.

El Plan no pagará beneficios:

- si su enfermedad o lesión se debe al uso de alcohol o drogas;
- si su enfermedad o lesión se produjo mientras cometía un delito;
- si su enfermedad o lesión se debe a algo que sabía, o debería haber sabido, que era peligroso para su salud o seguridad, a menos que su lesión haya sido provocada por un hecho de violencia doméstica;
- si su enfermedad o lesión se debe a comportamiento que demuestra que no le importaba si resultaba lesionado o enfermo, a menos que la enfermedad o lesión sea el resultado de un trastorno médico como depresión;
- si su enfermedad o lesión se debe a las acciones de un tercero que pueda ser considerado legalmente responsable. Sin embargo, el Plan puede pagar

beneficios si usted acepta asignarle al Plan el pago de todo dinero que recupere. Esto significa que el Plan tiene derecho al pago completo de todo dinero que usted recupere independientemente de sus costos legales. Si no le paga al Plan, el dinero puede ser deducido de todo otro beneficio futuro que pueda tener derecho a recibir.

- por tratamiento que no está aprobado para su uso en Estados Unidos o se considera experimental;
- por el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad;
- por esterilización;
- para obtener todo registro o documentación necesaria para el pago de una reclamación;
- en una reclamación, si los registros médicos son insuficientes o si parecen estar alterados o ser fraudulentos;
- si se pueden pagar en virtud de la compensación para el trabajador o de otra ley de salud y seguridad;
- por tratamiento en un hospital del gobierno, donde por ley el Plan no está obligado a pagar;
- por tratamiento necesario debido a una guerra, un acto de guerra o porque estaba en una fuerza militar;
- por tratamiento cosmético. Sin embargo, el Plan pagará por la reconstrucción del seno después del tratamiento del cáncer.
- por cuidados supervisados. La internación en un hospital o centro de enfermería se considera cuidado supervisado si el tratamiento puede hacerse de manera ambulatoria; **o** los cuidados consisten en servicios y suministros que se proporcionan principalmente para entrenar o ayudar en la higiene personal o en las actividades de la vida diaria en lugar de ser tratamiento terapéutico; **o** los cuidados consisten en servicios de salud que no buscan la cura y que se proporcionan durante un período en el cual la condición médica del paciente no cambia.
- por tratamiento que no es médicamente necesario. Esto incluye tratamiento necesario debido a condiciones que se desarrollan durante el curso de una internación que razonablemente podrían haberse evitado.
- por visitas de rutina a un podólogo. Cuando sea médicamente necesario, el Plan pagará cirugía podológica hasta un máximo de \$1,000 por año.
- por medicamentos para la pérdida de peso;

- por asesoramiento nutricional; excepto que el Plan pagará asesoramiento nutricional para diabéticos, o si cumple con ciertos criterios (consulte la sección de cirugía bariátrica para más información).
- por terapia ocupacional, de rehabilitación o del lenguaje, excepto cuando estas terapias son necesarias para recuperarse de una enfermedad o lesión catastrófica.
- por tratamiento quiropráctico;
- por más de \$1,500 por año para servicios de manejo del dolor;
- por acupuntura;
- por todo beneficio no previsto específicamente en este folleto.

¿PUEDO PERDER MI DERECHO A RECIBIR BENEFICIOS DE ALGUNA MANERA?

Puede perder su derecho a recibir beneficios si no solicita tratamiento médico cuando sabe que debe hacerlo, o si no sigue los consejos del médico.

Si acepta un pago excesivo del Plan, o un pago al que no tiene derecho y se niega a devolverlo, puede perder su derecho a recibir beneficios. También puede perder su derecho a recibir beneficios si no puede pagar el dinero que se ha asignado al Plan.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO RECIBIR DEL PLAN SI QUEDO INCAPACITADO Y NO PUEDO TRABAJAR?

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, los empleados que no pueden trabajar debido a una lesión o enfermedad pueden recibir beneficios por enfermedad y accidente de parte del Plan. Para ser elegible para recibir beneficios por enfermedad y accidente, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan según se describen en las páginas 5, 6 y 7.

Puede recibir beneficios por enfermedad y accidente hasta por 273 días durante un período cualquiera de 12 meses. El período de 12 meses comienza con el primer día de su incapacidad. El monto del beneficio por enfermedad y accidente es de \$25 por día. Además, el Plan pagará los impuestos de la Ley de Contribución al Seguro Federal (FICA, por sus siglas en inglés) y Medicare sobre el beneficio al Servicio de Impuestos Internos, en su nombre.

Usted puede recibir beneficios por enfermedad y accidente solamente si no recibe compensación para el trabajador, pagos estatales por discapacidad, beneficios por desempleo o pagos por mantenimiento y cura. También puede recibir beneficios por

enfermedad y accidente si recibe un salario o pago de vacaciones de parte de su empleador.

Los pagos por enfermedad y accidente comenzarán el primer día de su incapacidad, si esta comienza mientras está en el hospital. Si no está en el hospital cuando comienza su incapacidad, sus pagos por enfermedad y accidente comenzarán el quinto día de su incapacidad. Sin embargo, primero debe estar incapacitado durante por lo menos ocho días para reclamar los beneficios.

Sus beneficios por enfermedad y accidente terminan cuando ya no esté incapacitado y pueda volver a trabajar, o si comienza a recibir beneficios de ingreso de seguridad suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) por discapacidad. Sus beneficios por enfermedad y accidente también finalizarán si comienza a recibir una pensión del Plan de Pensiones para Marineros.

Aunque puede recibir créditos de elegibilidad por los días en que usted estaba recibiendo beneficios por enfermedad y accidente, no puede usar días acreditados de esta manera para recibir beneficios adicionales por enfermedad y accidente.

¿CÓMO SOLICITO LOS BENEFICIOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE?

Para recibir beneficios por enfermedad y accidente, debe llenar un formulario de solicitud. Puede obtener estos formularios a través de su representante local, a través de la oficina principal del Plan o descargando el formulario desde www.seafarers.org en la sección Beneficios para Miembros (en inglés). También debe proporcionar al Plan evidencia escrita de su incapacidad, como una carta de su médico.

Para recibir beneficios por enfermedad y accidente, debe presentar una solicitud dentro de los 60 días posteriores al comienzo de su incapacidad. Si está hospitalizado, debe presentar su solicitud dentro de los 60 días después de dejar el hospital.

¿CUÁL ES EL BENEFICIO ESTÁNDAR POR MUERTE?

A su muerte, el beneficiario puede recibir un beneficio estándar por muerte si es un pariente enumerado en el párrafo titulado "Quién puede ser mi beneficiario" en la página 41 de este folleto. En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, el monto del beneficio estándar por muerte es de \$5,000. Este beneficio está sujeto a la deducción de gastos de funeral, que se describe a continuación. Si no nombró a un beneficiario, o su beneficiario designado murió antes que usted, entonces el Plan les pagará a sus herederos un beneficio por muerte de \$1,000.

Para que su beneficiario reciba el beneficio estándar por muerte, usted debe haber cumplido con los requisitos del Plan para mantener la elegibilidad (como se describe en las páginas 6 y 7) durante los dos años calendarios previos a su muerte.

Los beneficiarios de los empleados que no cumplen con los requisitos del beneficio estándar por muerte todavía pueden recibir un pago de parte del Plan. Si usted muere dentro de los doce meses posteriores a su último día de empleo cubierto, su beneficiario puede recibir un beneficio por muerte de \$500.

El beneficio estándar por muerte también se encuentra disponible para los beneficiarios de jubilados. La información sobre el beneficio por muerte de los jubilados se encuentra en el folleto de resumen del Plan de Pensiones para Marineros.

¿CUÁL ES EL BENEFICIO ESCALONADO POR MUERTE?

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, su beneficiario puede recibir el beneficio escalonado por muerte además del beneficio estándar por muerte.

En el nivel de beneficios Core-Plus, su beneficiario puede recibir un beneficio escalonado por muerte de \$10,000 si usted cumplió con los requisitos del Plan para mantener la elegibilidad (como se describe en las páginas 6 y 7) durante cada uno de los tres años calendarios previos a su muerte. Por cada año adicional durante el cual usted haya cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan, se agregan \$5,000 a su beneficio escalonado por muerte. En el nivel de beneficios Core-Plus, el beneficio escalonado por muerte máximo es de \$45,000. Cuando el beneficio escalonado por muerte se paga junto con el beneficio estándar por muerte, su beneficiario puede recibir hasta \$50,000.

En el nivel de beneficios Core, su beneficiario puede recibir un beneficio escalonado por muerte de \$5,000 si usted cumplió con los requisitos del Plan para mantener la elegibilidad (como se describe en las páginas 6 y 7) durante cada uno de los tres años calendarios previos a su muerte. Por cada año adicional durante el cual usted haya cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan, se agregan \$2,500 a su beneficio escalonado por muerte. En el nivel de beneficios Core, el beneficio escalonado por muerte máximo es de \$15,000. Cuando el beneficio escalonado por muerte se paga junto con el beneficio estándar por muerte, su beneficiario puede recibir hasta \$20,000.

Si su muerte es autoprovocada, está directa o indirectamente provocada por alcohol o drogas, o es resultado de su participación en una actividad que usted sabía o debería haber sabido que podía provocar lesiones graves, el Plan no pagará el importe total del beneficio escalonado por muerte. En este caso, el Plan pagará un beneficio escalonado por muerte de hasta un máximo de \$10,000.

¿QUIÉN PUEDE SER MI BENEFICIARIO?

Para reclamar el importe total de su beneficio por muerte, el beneficiario que usted haya nombrado debe ser un pariente cercano. Su beneficiario puede ser cualquiera de los parientes de la siguiente lista:

Cónyuge
Hijo

Madre
Padre

Hermano
Hermana

Nieto	Madrastra	Hermanastra
Abuelo	Padrastra	Hermanastro
Abuela	Media hermana	Sobrino*
Hijastro	Medio hermano	Sobrino*

*Sobrino y sobrina se definen como los hijos del hermano o la hermana de un empleado fallecido.

Si el beneficiario que usted haya nombrado no es un pariente que se encuentre en esta lista, el importe máximo que puede recibir como beneficio estándar por muerte es de \$1,000. Si usted no nombra a un beneficiario, se pagará hasta un máximo de \$1,000 a sus herederos. Es extremadamente importante mantener actualizada la información de su beneficiario para asegurarse de que todos los beneficios que usted haya obtenido se pagarán a su beneficiario.

¿CUÁL ES LA DEDUCCIÓN DE GASTOS DE FUNERAL?

Si alguien, con excepción del gobierno, ha pagado su funeral, el Plan pagará a esa persona hasta \$1,000 para gastos de funeral. El monto de este pago se restará del monto del beneficio por muerte que recibirá su beneficiario. El monto de los gastos de funeral que el Plan pagará se limita a \$1,000. Sin embargo, si usted es enterrado en el Cementerio del Seafarers Health and Benefits Plan, el límite máximo de deducción de gastos de funeral será de \$5,000.

¿CÓMO PUEDE MI BENEFICIARIO SOLICITAR MI BENEFICIO POR MUERTE?

Para recibir su beneficio por muerte, el beneficiario debe presentar una solicitud de beneficio por muerte. El beneficiario puede obtener el formulario de solicitud a través de la oficina principal del Plan, a través de su representante local, en línea en www.seafarers.org en la sección Beneficios para Miembros (en inglés), o llamando al 1-800-252-4674. Con la solicitud se debe incluir una factura detallada del servicio fúnebre, paga o no, y un certificado de defunción válido.

El beneficiario debe solicitar su beneficio por muerte dentro del año siguiente a la fecha de muerte.

Si el beneficiario no es mayor de edad, el tutor legal de este debe solicitar su beneficio por muerte.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO RECIBIR SI PIERDO UNA EXTREMIDAD O LA VISTA?

El Plan proporciona un beneficio por amputación accidental para los empleados elegibles. Su pérdida debe producirse dentro de los 90 días después de su lesión y no puede ser provocada por una enfermedad o estar relacionada con el trabajo.

En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, puede recibir un beneficio de \$2,500 si pierde una mano, un pie o la visión de un ojo. Si pierde cualquiera de dos de estos, el Plan le pagará un beneficio máximo de \$5,000.

¿CÓMO SOLICITO LOS BENEFICIOS POR AMPUTACIÓN ACCIDENTAL?

Para recibir este beneficio, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674. Se le pedirá que envíe una declaración del médico como prueba de su pérdida.

¿QUÉ BENEFICIOS EDUCATIVOS OFRECE EL PLAN?

Todos los años, el Plan otorga un número limitado de becas para su uso en universidades o escuelas de formación profesional. En los niveles de beneficios Core-Plus y Core, tanto usted como su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir este beneficio. La información sobre este importante beneficio se encuentra en el folleto de resumen del Programa de Becas para Marineros.

Para obtener un folleto, puede ponerse en contacto con el Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
A la atención de: Becas
5201 Auth Way
Camp Springs, Maryland 20746
(301) 899-0675

O puede descargar el folleto en: www.seafarers.org en la sección Beneficios para Miembros (en inglés).

¿QUÉ DERECHOS TENGO SI EL PLAN RECHAZA MI RECLAMACIÓN?

Si su solicitud de beneficios es denegada, o usted cree que su reclamación fue pagada incorrectamente, tiene derecho a apelar la decisión del Plan.

Se le enviará una explicación por escrito si el Plan rechaza su reclamación. Si cree que el Plan debería haber pagado su reclamación, puede llamar al 1-800-252-4674 para discutir este asunto. Si desea pedir una revisión de parte de la Junta Fiduciaria, debe hacer su solicitud por escrito y debe enviarla dentro de los 180 días de la fecha en que su reclamación fue rechazada. Al hacer su pedido, debe incluir toda documentación de respaldo. Su médico, el hospital u otro proveedor de salud también pueden presentar una apelación en su nombre.

Su reclamación será revisada por los fiduciarios. Analizarán toda evidencia que reciban de usted o de otra persona. Después de completar su revisión, los fiduciarios tomarán su decisión final. Los fiduciarios le notificarán su decisión por escrito dentro de los 30 días de recibir su apelación, a menos que decidan que necesitan más información para tomar una decisión.

En ciertos casos de emergencia, su apelación se tratará en menos tiempo. Si se necesita información adicional, el Plan le enviará una solicitud para obtener esta información, y le dará por lo menos 45 días para proporcionar la documentación pedida.

Debe enviar su apelación por escrito a:

Board of Trustees
Seafarers Health and Benefits Plan
P.O. Box 380
Piney Point, Maryland 20674

Todo proceso judicial basado en la denegación de beneficios del Plan debe iniciarse no más de dos (2) años después de que su apelación fuera denegada por la Junta Fiduciaria del Plan.

¿PUEDO APELAR PARA QUE SE APRUEBE UNA RECLAMACIÓN ANTES DE RECIBIR UN SERVICIO MÉDICO?

Si usted o su médico quisieran que una reclamación sea considerada para su aprobación antes de recibir el tratamiento médico, el Plan considerará su apelación preservicio. Si no es urgente, envíe la apelación y toda información de respaldo a la Junta Fiduciaria a la dirección mencionada anteriormente. El Plan considerará su apelación y le notificará la decisión dentro de los 15 días calendario de recibir su solicitud y toda la documentación de respaldo.

Si su apelación implica una solicitud de aprobación de **asistencia urgente** antes de recibir tratamiento, el Plan tomará una decisión más rápidamente. La solicitud será considerada urgente si su salud se viera amenazada si el Plan tardara la cantidad normal de tiempo en considerar su apelación. El Plan decidirá las apelaciones urgentes dentro de las 72 horas.

Si el Plan necesita más información para decidir una apelación urgente, se le notificará en un plazo de 24 horas y se le darán por lo menos 48 horas para responder. Una vez que el Plan reciba esta información, tomará una decisión dentro de las 48 horas. Si no proporciona la información pedida, el Plan tomará una decisión dentro de las 48 horas después de que el tiempo que se le dio para proporcionar la información haya transcurrido. Si desea presentar una apelación urgente, póngase en contacto con el Plan llamando al 1-800-252-4674.

¿CÓMO ME NOTIFICARÁ EL PLAN SI HAY ALGÚN CAMBIO EN MIS BENEFICIOS?

Si los fiduciarios deciden hacer algún cambio en sus beneficios, el Plan le enviará un aviso por correo a la dirección de su casa. Si prefiere recibir los avisos del Plan por correo electrónico, debe dar su permiso para que el Plan se comunique con usted y proporcionar su dirección de correo electrónico. Existe un formulario disponible en www.seafarers.org en la sección Beneficios para Miembros (en inglés), el cual puede llenar y enviar al Plan, o puede ponerse en contacto con el Plan para pedir una copia. Los avisos para los participantes también se encuentran disponibles en línea en www.seafarers.org en la sección Beneficios para Miembros (en inglés).

¿QUÉ DERECHOS DE PRIVACIDAD TENGO?

El Seafarers Health and Benefits Plan se compromete a proteger la privacidad de sus participantes. El Plan solamente divulga información de salud protegida cuando es necesario para tratamiento médico, pago de reclamaciones u operaciones normales de salud. Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos de privacidad. Estos derechos incluyen:

Usted tiene derecho a:

- pedir restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud protegida;
- recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud protegida;
- inspeccionar y copiar su información de salud protegida;
- corregir su información de salud protegida;
- recibir una lista de divulgaciones de su información de salud protegida;

Además, usted tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Privacidad del Plan. El Aviso de Privacidad actual se encuentra en el Apéndice A de este folleto. También puede obtener una copia en línea en www.seafarers.org en la sección Beneficios para Miembros (en inglés), a través de su representante del Plan local o de la

oficina del Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
Attn: Privacy Officer
5201 Auth Way
Camp Springs, MD 20746

¿QUÉ DERECHOS TENGO SI DEJO MI EMPLEO CUBIERTO PARA PRESTAR SERVICIO MILITAR?

Si deja su empleo cubierto para prestar servicio militar, tiene derecho a continuar la cobertura de salud para usted y sus dependientes hasta por 24 meses si paga las primas por sí mismo.

Incluso si decide no continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene derecho a ser readmitido en el Plan si vuelve a tener un empleo cubierto después de que su servicio militar termine. Sin embargo, debe volver a tener un empleo cubierto dentro de los 90 días siguientes a un período de servicio militar de no más de cinco años.

Cuando regrese a un empleo cubierto, su elegibilidad para recibir beneficios será la misma que tenía cuando dejó el empleo cubierto, excepto para enfermedades y lesiones relacionadas con el servicio, las cuales están excluidas de la cobertura.

Para obtener más información acerca de su derecho a extender la elegibilidad al pagar las primas usted mismo, póngase en contacto con el Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
Attn: COBRA
P.O. Box 380
Piney Point, Maryland 20674
1-800-252-4674

¿PUEDE EL PLAN TRATARME DE MANERA DIFERENTE PORQUE HICE UNA PRUEBA GENÉTICA QUE DEMUESTRA QUE SOY MÁS PROPENSO A TENER UNA DETERMINADA ENFERMEDAD?

No. El Plan no pedirá información acerca de ninguna prueba genética que usted o un miembro de su familia se hayan hecho, y el Plan no usará información genética para tomar decisiones acerca de sus beneficios.

¿QUÉ OTROS DERECHOS TENGO?

Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos según la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974. Estos derechos incluyen:

Usted tiene derecho a:

- recibir información sobre el Plan;
- inspeccionar documentos del Plan en la oficina del Plan;
- recibir copias de documentos del Plan a cambio de una pequeña tarifa por copia;
- recibir una lista de empleadores signatarios si la pide por escrito;
- recibir un resumen del informe financiero del Plan;
- no ser penalizado o discriminado por los fiduciarios cuando solicite beneficios;
- contratar un abogado, si cree que su solicitud de beneficios fue rechazada incorrectamente o que alguno de los fiduciarios del Plan no ha hecho su trabajo;
- continuar la cobertura de salud para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de la cobertura según el Plan como resultado de un evento calificativo. Usted o su cónyuge deberán pagar por esta cobertura. Para más información, consulte la sección de este folleto sobre la cobertura de continuación COBRA.
- a que el plan conteste sus preguntas, y si no se siente satisfecho, a preguntar al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
Room N5619
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20210

APÉNDICE

- Aviso de No Discriminación y Servicios de Traducción
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Aviso de Derechos de Cobertura de Continuación según COBRA

Esta página ha quedado intencionalmente en blanco.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

El Seafarers Health and Benefits Plan cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Plan no excluye a las personas ni les trata de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

El Plan proporcionará ayuda y servicios gratuitos a personas con dificultades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lengua de señas,
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible, otros formatos).

El Plan proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, para ayudarles a solicitar beneficios o comprender sus beneficios y elegibilidad. Estos servicios incluyen:

- Intérpretes calificados;
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita asistencia, dígame a cualquier representante del Plan con el que usted hable que necesita servicios de traducción o información en otro formato, y el Plan hará arreglos para proporcionarle un intérprete calificado o información en un formato accesible.

Si cree que el Seafarers Health and Benefits Plan no ha provisto estos servicios o que le ha discriminado de alguna manera sobre la base de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja o apelación a la Junta Fiduciaria dentro de los 180 días a partir del día en que tomó conocimiento de la supuesta discriminación. Debe enviar su apelación por escrito a:

Board of Trustees
Seafarers Health and Benefits Plan
P.O. Box 380
Piney Point, Maryland 20674

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

Servicios de traducción

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-252-4674

Árabe:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-252-4674

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-252-4674

Polaco: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-252-4674

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-252-4674

Creol (Haití): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-252-4674

Portugués: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-252-4674

Indonesio: PERHATIAN: Jika Anda berbicara dalam Bahasa Indonesia, layanan bantuan bahasa akan tersedia secara gratis. Hubungi 1-800-252-4674

Rumano: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-252-4674

Croata: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-252-4674

Francés: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-252-4674

Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-252-4674。

Coreano: □□: □□□□ □□□□□ □□, □□ □□ □□□□ □□□□ □□□□ □ □□□□. 1-800-252-4674 □□□ □□□ □□□□.

Ucraniano: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-252-4674

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-252-4674

SEAFARERS HEALTH AND BENEFITS PLAN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor, lea el aviso con cuidado.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y las reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones, y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, normalmente dentro de los 30 días de la solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en costos.

Pedir que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones

- Puede pedir que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si piensa que son incorrectos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir que "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos un correo electrónico a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir que "sí" si usted nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedir que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que "no" si esto afectara su salud.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede pedir una lista (enumeración) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha del pedido, con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas acerca de tratamiento, pago y operaciones de salud, y algunas otras (como las que usted nos haya pedido hacer). Proporcionaremos una lista gratuita por año, pero cobraremos una tarifa razonable, basada en costos, si pide otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si le ha dado a alguien un poder médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de iniciar cualquier acción.

Presentar una queja si siente que se violan sus derechos

- Si cree que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja y ponerse en contacto con nosotros usando la información que se encuentra al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ (en inglés).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos:

- Que podemos compartir información con su familia, amigos u otras personas implicadas en el pago de sus servicios de salud
- Que podemos compartir información en caso de desastres naturales

Si no puede indicar su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad.

Nuestros usos y divulgaciones

¿De qué manera se suele usar o compartir su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento médico que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para disponer servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización.
- No estamos autorizados a usar información genética para decidir si le damos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de salud a largo plazo.

Ejemplo: Compartimos información general de reclamaciones con el actuario de seguros del Plan para diseñar los beneficios del Plan.

Pagar sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud cuando pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre sus reclamaciones con el plan de salud de su cónyuge para coordinar beneficios.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para administrar el plan.

Ejemplo: Compartiremos su información de reclamaciones con la Junta Fiduciaria si presenta una apelación.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Podemos (o estamos obligados) a compartir su información de otras maneras; por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones ante la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html (en inglés).

Ayudar con temas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar cuando se retira un producto del mercado
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona

Investigar

Podemos usar o compartir su información para investigación en salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, inclusive con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con el médico forense o con el director de una funeraria

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de trasplante de órganos.
- Podemos compartir información de salud con el médico forense o el director de una funeraria cuando muere una persona.

Cumplir con solicitudes de los organismos de seguridad y del gobierno

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Al recibir una citación o autorización en virtud de reclamaciones de la Ley Jones
- Con organismos de seguridad o agentes de policía
- Con organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno como fuerzas militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y procesos judiciales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Si asiste al Centro de Rehabilitación de Adicciones para Marineros (SARC, por sus siglas en inglés) nunca compartiremos sus registros de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso por escrito, a menos que recibamos una citación válida.

Nuestras responsabilidades

- **Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.**
- **Le haremos saber inmediatamente si se produce un incidente que pueda haber comprometido la privacidad y seguridad de su información.**
- **Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de este.**
- **No usaremos ni compartiremos su información excepto como se describe aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.**

- Nunca compartiremos *su* información con fines de marketing, y no venderemos su información.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html **(en inglés).**

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web y además le enviaremos una copia por correo.

Para obtener más información, póngase en contacto con el Encargado de Privacidad en: privacyofficer@seafarers.org

O por correo a: Seafarers Health and Benefits Plan, 5201 Auth Way,
Camp Springs, MD 20746
Teléfono: (301) 899-0675; sitio web: www.seafarers.org

Esta página ha quedado intencionalmente en blanco.

AVISO DE DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN SEGÚN COBRA

El siguiente es un aviso que describe sus derechos de cobertura de continuación COBRA en caso de que usted o un miembro de su familia pierda la cobertura de salud de este plan. Si pierde la elegibilidad, y no recibe su aviso de opción de COBRA, póngase en contacto de inmediato con el Plan llamando al: 1-800-252-4674.

Seafarers Health and Benefits Plan

Aviso general de derechos de cobertura de continuación COBRA

Introducción

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura según un plan de salud grupal, el Seafarers Health and Benefits Plan ("el Plan"). Este aviso tiene información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de su cobertura según el Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación COBRA, cuándo puede encontrarse disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para obtener otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación de Presupuesto de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). Cuando la cobertura de salud grupal se termina, tanto usted como otros miembros de su familia pueden tener cobertura de continuación COBRA.

Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o póngase en contacto con el Administrador del Plan en:

Seafarers Health and Benefits Plan
Attn: Administrator
5201 Auth Way
Camp Springs, MD 20746

Cuando pierde la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual en el Mercado de Seguros de Salud en línea. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para reducir los costos de sus primas mensuales y reducir el costo de los gastos de bolsillo. Además, puede calificar para recibir un periodo de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones fuera de término.

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de cobertura del Plan cuando este termina debido a un acontecimiento vital. También recibe el nombre de "evento calificador". Más adelante, se enumeran los eventos calificativos específicos. Después de un evento calificador, se debe ofrecer cobertura de continuación COBRA a toda persona que sea "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden convertirse en beneficiarios calificados si pierden la cobertura según el Plan debido a un evento calificador. Según el plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación COBRA deben pagarla.

Si usted es empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura según el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por alguna razón excepto falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura según el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por alguna razón excepto falta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambos); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden su cobertura según el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- El padre que es empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del padre que es empleado;
- El empleo del padre que es empleado termina por alguna razón excepto falta grave;
- El padre que es empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambos);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura según el Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo se encuentra disponible la cobertura de continuación COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados una vez que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificativo. El empleador debe notificar los siguientes eventos calificativos al Administrador del Plan:

- Terminación del empleo o reducción de horas de trabajo;
- Muerte del empleado;
- El empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambos).

Debido a la naturaleza de la industria marítima, el empleador no siempre puede estar consciente del momento en que se producen estos eventos, porque usted puede trabajar para múltiples empleadores. **Por lo tanto, el Plan sugiere que usted o un miembro de su familia también le notifiquen al Plan cuando se producen estos eventos.**

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días de producido el evento calificativo. Debe enviar este aviso a:

Seafarers Health and Benefits Plan
Attn: COBRA
PO Box 380
Piney Point, MD 20674

¿De qué manera se proporciona la cobertura de continuación COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe un aviso de que se ha producido un evento calificativo, la cobertura de continuación COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido a terminación de empleo o reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificativos, o un segundo evento calificativo durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en que este período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA se pueda extender:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA

Si la Seguridad Social determina que usted o alguien de su familia, cubiertos según el Plan, está incapacitado, y le notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta un máximo de 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del 60.º día de cobertura de continuación COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA.

Extensión por segundo evento calificativo del período de 18 meses de cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro evento calificativo durante los 18 meses de cobertura de continuación COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado correctamente sobre el segundo evento calificativo. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y todo hijo dependiente que tenga cobertura de continuación COBRA si el empleado o ex empleado muere; tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambos); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificativo hubiera provocado que el cónyuge o hijo dependiente perdieran la cobertura según el Plan si el primer evento calificativo no se hubiera producido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia en el Mercado de Seguros de Salud en línea, Medicaid u otras opciones de cobertura de plan de salud grupal (como el plan del cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Puede aprender más acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov (en inglés).

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o sus derechos de cobertura de continuación COBRA deben dirigirse a los siguientes contactos. Para obtener más información acerca de sus derechos según la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la oficina regional o distrital más cercana del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) o visite www.dol.gov/ebsa (en inglés). (Las

direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en su sitio web). Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros de Salud en línea, visite www.HealthCare.gov (en inglés).

Mantenga informado a su Plan de cualquier cambio de dirección

Para proteger los derechos de su familia, hágale saber al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en la dirección de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que le envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Puede obtener más información acerca de sus derechos COBRA del Seafarers Health and Benefits Plan llamando al Plan al 1-800-252-4674, y pidiendo hablar con el Representante de COBRA; o escribiendo a:

Seafarers Health and Benefits Plan
Attn: COBRA
PO Box 380
Piney Point, Maryland 20674
