

Municipal Health Benefit Fund Fondo Municipal de Beneficios de Salud



Efectivo el 1 de diciembre de 1981 (Según la enmienda del 1 de enero de 2019)



El Fondo Municipal de Beneficios de Salud (“Fondo”) Es un fideicomiso de municipalidades, de varios empleadores. El Fondo no se rige por las Reglas y Regulaciones del Departamento de Seguros del Estado de Arkansas, pero está regulado por su Junta de Fideicomisarios y sigue las reglas del Affordable Care Act.

Procedimiento Mandatorio de Recurso Administrativo

Como condición previa a todos los beneficios, términos y condiciones de este contrato, un miembro empleador y sus miembros empleados deben acordar agotar todos sus recursos administrativos, incluidos, entre otros, los procedimientos de reclamaciones, los procedimientos de revisión interna, incluida la revisión por la Junta de Fideicomisarios y, en la medida en que esté disponible, los procesos de revisión externa federal, antes de que se inicie cualquier acción legal en cualquier tribunal.

Fund Administrative Office
P.O. BOX 188, North Little Rock, AR 72115
501-978-6137

eDocAmerica™

Online Medical Experts - 24hr Nurse Line



Ask eDoc



Ask ePsych



Ask ePharm



Ask eDent



Nurse Call



Ask eDietitian



Ask eFitness

What is eDocAmerica?

- Direct email access to eDocAmerica medical professionals
- Personal responses from, physicians psychologists, pharmacists, dietitians, and more...
- Weekly Health Tips written by physicians and delivered right to your email
- Healthy Lifestyle Assessment to help you monitor your current health status
- All services are FREE, unlimited, confidential, and cover the entire immediate family

24hr Registered Nurse Advice Line

- Toll free access to a registered nurse 24hrs a day, 7 days a week
- A registered nurse will advise the caller as to the proper disposition for their situation
- English and Spanish speaking nurses

To access the eDocAmerica Registered Nurse Advice Line, call toll free:

1-866-842-5365

Access your FREE account

Step 1 - Visit www.edocamerica.com

Step 2 - Click the "Register Here" button

Step 3 - Choose "Arkansas Municipal League" from the drop-down menu

Step 4 - Follow the online instructions

Register Here

eDoc
America

Need Help? Have Questions?
1 (866) 525-3362 or info@edocamerica.com



Declaración de fideicomiso

Las disposiciones de este Folleto del Fondo (“Folleto del Fondo”) están autorizadas por la Declaración de Fideicomiso, el documento que creó el Fondo. Los términos de este Folleto del Fondo están sujetos a los términos y condiciones de la Declaración de Fideicomiso según la enmienda.

Este Folleto del Fondo describe los beneficios disponibles para usted bajo el Fondo. Consulte a su empleador para determinar los beneficios disponibles para usted en el marco del Fondo.

Los planes de salud grupales patrocinados por empleadores gubernamentales estatales y locales generalmente deben cumplir con los requisitos de la ley federal. Sin embargo, a estos empleadores se les permite elegir eximir a un plan de los requisitos que se detallan a continuación para cualquier parte del plan que el empleador “autofinancia”, en lugar de proporcionar a través de una póliza de seguro de salud.

El Fondo ha elegido eximir al Fondo de todos los siguientes requisitos:

1. Normas relativas a los beneficios para madres y recién nacidos.
2. Normas relativas a la Ley de Equidad de Paridad y Adicción a la Salud Mental.
3. Ciertos requisitos para proporcionar beneficios para la reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
4. Normas relativas a la Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer.
5. La exención de estos requisitos federales entrará en vigencia para el año del plan 2019 que comienza el 1 de enero de 2019 y finaliza el 31 de diciembre de 2019.
6. La elección puede ser renovada para los siguientes años del plan.

PRIVACIDAD DEL PACIENTE

El Fondo no vende, comercializa ni distribuye su información médica y personal de salud. Sin embargo, el Fondo puede divulgar información médica a personas involucradas en la determinación de elegibilidad de reclamos y para el procesamiento o apelación de un reclamo.

Los detalles de las coberturas proporcionadas por el Fondo se encuentran en las páginas siguientes.



Mark R. Hayes
Administrador del plan

Table of Contents

eDocAmerica	ii
Declaración de fideicomiso	1
Sección 1: Información general de elegibilidad.	5
Información general de elegibilidad	5
Requisitos de fecha efectiva	5
Requisitos para cambiar su cobertura	6
Cobertura única	6
Cobertura familiar	6
Derecho a cobertura de continuación bajo COBRA	8
¿Qué es la Cobertura de Continuación COBRA?	8
¿Cuándo está disponible la cobertura COBRA?	8
Se debe dar aviso de algunos eventos que califican	9
Cobertura de jubilados	10
Sección 2:	
Beneficios médicos mayores	11
Beneficios	11
Lista de beneficios médicos mayores.	11
Beneficios de cuidado preventivo	12
Evaluación del médico y consulta. Copago de la consulta.	12
Deducibles del año calendario para médicos importantes	12
Servicios de ambulancia de emergencia (ambulancia terrestre o aérea).	12
Coseguro individual	12
Servicios de la sala de emergencia	13
Explicación de beneficios y limitaciones de beneficios	13
Limitación de pérdidas para Seguro Médico	13
Cargos Médicos Mayores Cubiertos	13
Pre-certificación, penalización deducibles y revisión de utilización	15
Procedimientos quirúrgicos que no son de emergencia - Máximo anual de 2.	15
Procedimientos quirúrgicos.	15
Programa de Revisión de Utilización	15
Admisión al hospital.	16
Excepción para el parto.	16
Información adicional del programa de revisión de utilización	16
Beneficios especiales.	17
Gestion de casos	17
Programa de cuidado preventivo	18
Limitaciones especiales sobre tipos específicos de tratamientos medicos	19
Exclusiones de atención médica	22
Sección 3: Beneficios de medicamentos	28
Programa de cobertura de medicamentos recetados o de tarjeta de medicamentos recetados.	28
Cobertura general	28
Programas de Manejo de Terapia de Drogas	31
Cobertura de medicamentos recetados para miembros y sus dependientes que tienen Medicare como su cobertura principal	32

Sección 4: Beneficios opcionales 33

Beneficios opcionales. 33

Beneficios dentales. 33

 Cobertura de atención dental máxima y deducible 33

 Coseguro individual. 33

 Exclusiones dentales 34

Beneficios de cuidado de la vision 35

 Servicios de cuidado de la visión 35

 Monturas de gafas 35

 Lentes de contacto 35

 Lentes de plástico estándar. 35

 Opciones de lentes cubiertas 35

 Servicios de examen con descuento 35

Cobertura de seguro de vida 36

Beneficios de ingresos por discapacidad. 37

Sección 5: Red de proveedores preferidos de MHBF (PPO) . 38

Sección 6: Coordinación de Beneficios 39

Coordinación de Beneficios (COB) 39

 Cómo funciona la coordinación de beneficios (COB) 39

 Aviso y comprobante de reclamación. 40

 Pagos excesivos: Derecho de recuperación 41

 Derecho de reembolso 42

 Asignación de derechos 43

Sección 7: Apelaciones 44

Revisiones de reclamaciones y procedimiento de apelación 44

 Apelaciones del proveedor: 44

 Apelaciones de miembros: 44

 Reclamaciones internas y revisiones de apelaciones 45

Revisión independiente de reclamaciones externas 51

 Notificación de revisión externa. 52

 Derechos y asignación a una organización de revisión externa independiente 52

 Instrucciones para enviar su solicitud de revisión externa 52

 Revisión preliminar 53

 Revisiones aceleradas 53

Sección 8: Definiciones 54

Definiciones. 54

Sección 9: Formas 63

Acuerdo de participación 63

Fondo Municipal de Beneficios de Salud 63

Authorization To Disclose Health Information 67

Revocation of Authorization To Release Health Information 69

MHBF Formulario de cambio de dirección 71

American Fidelity iii

Sección 1: Información general de elegibilidad

Información general de elegibilidad

Fechas de Elegibilidad—Si usted es un empleado en una Clase Elegible, será elegible para beneficios de Empleado en (a) la fecha en que su Empleador se convierta en un Empleador Participante o (b) el primer día del mes calendario posterior a la fecha en que haya sido miembro de dicha clase durante 60 días consecutivos (con excepción de febrero), lo que ocurra más tarde.

Clase elegible—la clase elegible de empleados incluye a todos los empleados activos de tiempo completo de un Empleador Participante que trabajan un promedio de 30 horas por semana (Clase 5). Sujeto a la elección de un Empleador Participante, los empleados en cualquiera de las siguientes otras clases también pueden estar cubiertos por el Fondo y ser parte de la Clase Elegible:

- Funcionarios electos — Clase 1
- Miembros de juntas y comisiones — Clase 2
- Bomberos voluntarios — Clase 3
- Policía auxiliar — Clase 4
- Empleados de tiempo completo — Clase 5
- Miembros jubilados de 55 años o más — Clase 6 (Vea la cobertura de jubilados para más detalles.)

Miembros en clase 3— Para calificar para la cobertura del Fondo, los bomberos voluntarios deben participar activamente en más de:

- 50 por ciento de las llamadas de incendios.
- 50 por ciento de las sesiones de entrenamiento.
- La verificación de la participación debe ser certificada por escrito bajo pena de perjurio por el Jefe de Bomberos y el Alcalde, el Administrador de la Ciudad o el Director Ejecutivo.
- La certificación debe enviarse al Fondo cada año antes del 31 de diciembre.

Las clases 1 a 4 no son elegibles para la cobertura médica si son elegibles para Medicare. Los funcionarios electos activos que están en Medicare son elegibles para cobertura dental, de visión, de medicamentos y audífonos. La inscripción en todas las partes de Medicare, Partes A, B y D, se requiere para los funcionarios electos activos que eligen continuar con la cobertura de los beneficios de cobertura dental, de visión, de medicamentos y de audífonos.

Si usted es miembro de una clase que no es la Clase 5, consulte a su Empleador para determinar si es miembro de una Clase Elegible.

Requisitos de fecha efectiva

Para estar cubierto por el Fondo, debe inscribirse en el Fondo a partir de su Fecha de Elegibilidad y aceptar realizar las contribuciones de prima requeridas. Si no se inscribe a sí mismo ni a sus dependientes antes de su Fecha de Elegibilidad, no puede inscribirse o cambiar su elección de cobertura hasta el 1 de enero del año siguiente u otro Período de Inscripción Abierta a menos que tenga un Evento de Cambio en el Estado que se describe a continuación.

Requisitos para cambiar su cobertura

Cobertura única

Si tiene una Cobertura única, la Cobertura familiar puede agregarse durante cualquier Período de Inscripción Abierta o en el primer día del mes coincidente o inmediatamente después de que ocurra cualquiera de los siguientes eventos (“Eventos de Cambio de Estado”):

Nuevos Dependientes Elegibles adquiridos a través de:

- Matrimonio
- Adopción

Con respecto al nacimiento de un bebé, si tiene una Cobertura única, la Cobertura familiar puede agregarse durante cualquier Período de Inscripción Abierta o durante el mes en que ocurra el nacimiento de un bebé. Para agregar un recién nacido a la cobertura, debe completar un Formulario de cambio de estado y proporcionar documentación de respaldo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de nacimiento.

- Orden judicial para proporcionar cobertura a un niño elegible; Manutención de menores / Orden de asistencia médica

Pérdida de la cobertura de salud del cónyuge debido a la pérdida de su empleo: debe presentar una carta del ex empleador del cónyuge que indique la fecha en que terminó el empleo; y

Presente una carta de la anterior compañía de seguros del cónyuge que indique la fecha en que terminó el empleo y la fecha en que finalizó la cobertura de salud.

Para cambiar su cobertura debido a un evento de cambio de estado, debe completar un formulario de cambio de estado (disponible de su empleador o del Fondo) y proporcionar una copia de la documentación de respaldo del evento de cambio de estado dentro de los 30 días posteriores a la fecha del evento de cambio de estado.

Si no agrega un Dependiente Elegible recién adquirido enviando un Formulario de Cambio de Estado dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el Dependiente Elegible se vuelve elegible, no puede inscribir al Dependiente Elegible hasta el 1 de enero del próximo año o el próximo Período de Inscripción Abierta.

Cobertura familiar

Si tiene cobertura familiar, se puede agregar un recién nacido elegible a su cobertura en la fecha de nacimiento del recién nacido. El recién nacido debe agregarse dentro de los 60 días de su fecha de nacimiento, independientemente de si se recibe el Número de Seguro Social.

Si no se agrega al recién nacido dentro de los 60 días posteriores a su fecha de nacimiento, es posible que el recién nacido no sea elegible para la Cobertura hasta el próximo Período de Inscripción Abierta.

Si tiene Cobertura familiar, se puede agregar un Dependiente Elegible a su cobertura durante cualquier Período de Inscripción Abierta o en el primer día del mes coincidente o inmediatamente después de que ocurra un Evento de Cambio de Estado. Para agregar el Dependiente Elegible debido a un Evento de Cambio de Estado, debe completar un Formulario de Cambio de Estado y proporcionar una copia de la documentación de respaldo del Evento de Cambio de Estado dentro de los 30 días de la fecha del Evento de Cambio de Estado.

Si no agrega un Dependiente (s) Elegible de otra manera enviando un Formulario de Cambio de Estado dentro de los 30 días posteriores a su elegibilidad, no puede inscribirlos hasta el 1 de enero del próximo año o el próximo Período de Inscripción Abierta.

Información importante

Los Dependientes adultos deben agregarse al Fondo durante un Período de Inscripción Abierta antes de cumplir 26 años para estar cubiertos bajo la cobertura de salud de sus padres. Los Dependientes adultos no tienen derecho a cobertura al cumplir la edad de 26 años. La cobertura para un Dependiente Adulto terminará el primer día del mes, coincidiendo o inmediatamente después de haber cumplido los 26 años de edad.

Los miembros que se mueven de un grupo cubierto a otro sin que transcurra la Cobertura no tienen que cumplir con el requisito de empleo de 60 días. Si esta disposición se aplica a usted, comuníquese con el Director del Fondo para obtener información adicional.

Aviso especial—la cobertura no se cambiará para que el miembro agregue o cancele la cobertura familiar sin la notificación del miembro y / o del empleador participante en el momento del evento. El Fondo no acreditará primas por no notificar al Fondo según sea necesario.

Family Medical Leave Act—El Fondo reconoce y cumple con la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 por participar empleadores que emplean a 50 o más empleados durante al menos 20 semanas de trabajo en el año calendario actual o anterior. Su empleador debe notificar al Fondo por escrito en sus oficinas administrativas si ha dejado su empleo conforme a las disposiciones de la Family Medical Leave Act.

Certificado de cobertura de plan de salud grupal—Conforme a las regulaciones de HIPAA de 1996, el Fondo proporcionará a un Miembro que termina un “Certificado de cobertura de plan de salud grupal”. Es posible que necesite este certificado para inscribirse en un nuevo plan o comprar un seguro. Pregunte a su empleador por detalles.

Quando sus beneficios cesan

Quando cesa su empleo, también finaliza su Cobertura bajo el Fondo, aunque el último día del mes en que cesa su empleo o en el que recibe su cheque de pago final, cualquiera que sea la fecha anterior. La cobertura finaliza, ya sea que deje su empleo, se retire, muera o se ausente sin pagar. Si deja de ser miembro de una clase elegible, su cobertura finalizará el último día del mes en el que deje de ser miembro de una clase elegible.

Además de lo anterior, su Cobertura en virtud del Fondo también es rescindible por falta de pago de la prima. Su cobertura terminará lo antes posible:

- El último día por el cual se ha pagado su prima.
- Cuando el empleador participante no realiza los pagos de la prima requeridos.
- Cuando el empleador participante cancela la cobertura bajo el Fondo.

La Cobertura de sus Dependientes Elegibles bajo el Fondo terminará automáticamente en la fecha más temprana de:

- La fecha en que termina su cobertura personal.
- El último día por el cual se pagó la prima del Dependiente Elegible.
- El último día del mes siguiente a su terminación de la nómina de pago de su empleador.
- La fecha en que la Cobertura para Dependientes Elegibles se termina bajo el Fondo.
- Para cualquier Dependiente Elegible, el último día del mes en el que él o ella deje de ser un Dependiente Elegible.
- El último día del mes que deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad como se define en este documento. La elegibilidad como Dependiente cesará:
 - a. Para cualquier Dependiente, en la fecha en que queda cubierto individualmente bajo el Fondo, ingresa al servicio activo con las fuerzas armadas de cualquier país, o deja de estar en una clasificación cubierta según la definición de Dependiente Elegible;
 - b. Para su cónyuge, el final del mes siguiente a la fecha de divorcio o separación legal; y
 - c. Para su dependiente adulto, el final del mes siguiente a la edad de 26 años.

Sin embargo, si su Adulto Dependiente es incapaz de mantener un empleo por razones documentadas de discapacidad mental o discapacidad física después de haber cumplido los 26 años de edad y está Cubierto hasta ahora, su Adulto Dependiente continuará siendo un Dependiente Elegible siempre y cuando él o ella permanezca continuamente en esa condición, siempre que usted notifique al Fondo y dicha condición realmente exista. Si hay un conflicto entre las fechas en que la Cobertura podría finalizar, prevalecerá la fecha más temprana. Además, el Fondo no pagará por los servicios o suministros proporcionados después de la fecha de finalización de la Cobertura, incluso si el Fondo precertifica o proporciona información de Beneficios para un plan de tratamiento presentado antes del final de la Cobertura.

Derecho a cobertura de continuación bajo COBRA

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted cuando de lo contrario perdería su Cobertura de salud grupal. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Fondo cuando, de lo contrario, perderían su cobertura de salud de grupo.

El aviso de COBRA contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Fondo. Este aviso, que se le enviará por correo a su última dirección en el archivo, generalmente explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger el derecho a recibirla.

¿Qué es la Cobertura de Continuación COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la Cobertura del Fondo cuando, de lo contrario, la Cobertura terminaría debido a un evento de vida conocido como “Evento Calificador”. Los Eventos Calificativos específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un Evento Calificado, la cobertura de continuación de COBRA se debe ofrecer a cada persona que sea un “Beneficiario Calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en Beneficiarios Calificados si se pierde la cobertura del Fondo debido a un Evento Calificado. Bajo el Fondo, los Beneficiarios Calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un Empleado, se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde su Cobertura bajo el Fondo porque ocurre uno de los siguientes Eventos Calificados:

- Sus horas de empleo se reducen.
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde su Cobertura bajo el Fondo debido a que ocurre cualquiera de los siguientes Eventos Calificados:

- Su cónyuge muere.
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge.
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su falta grave de conducta.
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas).
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en Beneficiarios Calificados si pierden la cobertura del Fondo porque ocurre cualquiera de los siguientes Eventos Calificados:

- El padre-empleado fallece.
- Se reducen las horas de trabajo de los padres y empleados.
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta.
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El niño deja de ser elegible para la cobertura bajo el Fondo como un “niño dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura COBRA?

El Fondo ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a los Beneficiarios Calificados solo después de que el Fondo haya sido notificado de que ha ocurrido un Evento Calificador. Un “Beneficiario Calificado” es el Empleado, el Cónyuge cubierto y / o el Dependiente Elegible cubierto al momento del Evento Calificador. Cuando el Evento Calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, la muerte del Empleado o del Empleado que tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas), el Empleador debe notificar al Fondo del Evento Calificador.

Se debe dar aviso de algunos eventos que califican

Para los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o de un hijo dependiente que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Fondo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que ocurrió el evento calificativo. Debe proporcionar este aviso a:

MHBF Eligibility & Enrollment
Municipal Health Benefit Fund
P.O. Box 188
North Little Rock, AR 72115

Cómo puede elegir la cobertura de continuación COBRA?

Para elegir la cobertura de continuación, debe completar el Formulario de Elección proporcionado por el Fondo o su Empleador y suministrarlo de acuerdo con las instrucciones del Formulario. Cada Beneficiario Calificado tiene un derecho separado para elegir la cobertura de continuación. Por ejemplo, el cónyuge del empleado puede elegir la cobertura de continuación incluso si el empleado no lo hace. La cobertura de continuación puede ser elegida solo para uno, varios o para todos los Dependientes elegibles que sean Beneficiarios Calificados. Un padre puede elegir continuar la cobertura en nombre de cualquier hijo Dependiente. El Empleado o el Cónyuge del Empleado pueden elegir la cobertura de continuación en nombre de todos los Beneficiarios Calificados.

¿Cuánto cuesta la cobertura de continuación COBRA?

Deberá pagar el costo total de la cobertura de continuación. El monto que un Beneficiario Calificado debe pagar no puede superar el 102 por ciento (o, en el caso de una extensión de la cobertura debido a una discapacidad, el 150 por ciento) del costo para el plan de salud grupal (incluidas las contribuciones del empleador y del empleado) para cobertura de un participante o beneficiario del plan en situación similar que no está recibiendo cobertura de continuación.

¿Cuándo y cómo se debe realizar el pago de la cobertura de continuación de COBRA?

Si elige la cobertura de continuación, debe hacer su primer pago para la cobertura de continuación a más tardar 45 días después de la fecha de su elección. (Esta es la fecha en que se envía por correo el sello de la Elección, si se envía por correo). Si no realiza su primer pago de la cobertura de continuación en su totalidad a más tardar 45 días después de la fecha de su elección, perderá todos los derechos de cobertura de continuación del Fondo. Usted es responsable de asegurarse de que la cantidad de su primer pago sea correcta. Puede comunicarse con el empleador o con la oficina de primas del Fondo para confirmar el monto correcto de su primer pago.

Pagos periódicos por cobertura de continuación.

Después de realizar su primer pago para la cobertura de continuación, se le solicitará que realice pagos periódicos para cada período de cobertura posterior. Los pagos periódicos deben hacerse mensualmente. Bajo el Fondo, cada uno de estos pagos periódicos para la cobertura de continuación vence el primer (1er) día de cada mes calendario para ese período de cobertura. Si realiza un pago periódico en o antes del primer día del período de cobertura al que corresponde, su cobertura bajo el Fondo continuará durante ese período de cobertura sin interrupción. El Fondo enviará un aviso mensual de los pagos debidos por estos períodos de cobertura al empleador participante junto con su aviso de prima mensual regular.

Periodos de gracia para pagos periódicos.

Aunque los pagos periódicos vencen en las fechas indicadas anteriormente, se le otorgará un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura para realizar cada pago periódico. Su cobertura de continuación se proporcionará para cada período de cobertura siempre que el pago para ese período de cobertura se realice antes del final del período de gracia para ese pago. Sin embargo, si paga un pago periódico después del primer día del período de cobertura al que corresponde, pero antes del final del período de gracia para el período de cobertura, su cobertura bajo el Fondo puede suspenderse a partir del primer día de la Período de cobertura y luego se restablece retroactivamente (se remonta al primer día del período de cobertura) cuando se recibe el pago periódico. Esto significa que cualquier reclamo que presente para beneficios mientras se suspende su cobertura puede ser denegado y puede ser necesario volver a enviarlo una vez que se restablezca su cobertura.

Si no realiza un pago periódico antes del final del período de gracia para ese período de cobertura, perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura bajo el Fondo.

Su primer pago y todos los pagos periódicos para la cobertura de continuación deben enviarse al Empleador participante de su grupo, o puede enviarlos directamente a la dirección del Fondo.

¿MANTENGA EL FONDO INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN: para proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener al Fondo informado de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Fondo. Además, si ha cambiado su estado civil o si usted o su cónyuge han cambiado de dirección, notifique al Fondo por escrito a la dirección que figura arriba.

Tenga en cuenta: Si tiene preguntas sobre su Fondo o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA, comuníquese con su Empleador, o con el Fondo, Fondo Municipal de Beneficios de Salud, P.O. Recuadro 188, North Little Rock, AR 72115. Para obtener información adicional sobre sus derechos según COBRA, la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, visite la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (EBSA)) sitio web en www.dol.gov/ebsa o llame a su número gratuito al 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud disponibles a través de un Mercado de seguros de salud, visite www.healthcare.gov.

Cobertura de jubilados

La ley de Arkansas requiere que los municipios establezcan por ordenanza, o de otro modo, los criterios de elegibilidad como jubilados. El Fondo proporcionará Cobertura para jubilados de acuerdo con los criterios establecidos localmente, siempre que se proporcione una copia por escrito de la ordenanza o póliza al Fondo antes del 1 de enero del año del Fondo. Si no se proporciona una ordenanza o política, entonces el Fondo proporcionará Cobertura para jubilados si el funcionario o empleado municipal que se jubila:

- tiene 55 años de edad o más y ha completado 20 años de servicio con un Empleador Participante.
- está recibiendo un beneficio de jubilación del Sistema de Jubilación de Bomberos y Policía Local de Arkansas, el Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de Arkansas o un fondo de pensión local.
- paga la contribución del Empleador y del empleado al Fondo.
- no está cubierto en ningún momento durante la jubilación por otro plan de atención médica.
- notifica al Empleador dentro de los 30 días de la fecha oficial de retiro de su intención de participar en el Fondo. El empleado o funcionario retirado puede incluir a sus Dependientes Elegibles en el Fondo siempre que se pague la prima del dependiente.

Sección 2:

Beneficios médicos mayores

Beneficios

Lista de beneficios médicos mayores

Cobertura médica individual	Toda la vida	Sin límite máximo de dólares
Habilitación/rehabilitación aguda de pacientes hospitalizados	Anual	30 Días
Habilitación / rehabilitación subaguda para pacientes hospitalizados		15 Días
Servicios habilitativos		15 Días
Programa de pérdida de peso bariátrica *		
Tratamiento de dependencia química	Toda la vida	1 Plan de Tratamiento **
Entrenamiento Diabetico	Anual	1 Sesión diurna
Procedimientos Quirúrgicos No De Emergencia	Anual	2
Requerimiento de Precertificación (Hospital o Centro de Cirugía Ambulatoria)		
Audífonos		Uno por oído una (1) vez cada tres (3) años
Servicios de Salud en el Hogar	Anual	20 Visitas
Cuidado de hospicio	Toda la vida	90 Días
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Anual	30 Días
Trastornos mentales / nerviosos		
Paciente interno	Anual	10 Días
Sesiones de terapia individual	Anual	24 Visitas
Exploraciones PET	Anual	2 Cada
Asesoramiento nutricional y de peso	Anual	2 Visitas
Servicios ambulatorios ocupacionales, físicos, del habla, terapia habilitativa y quiroprácticos (beneficio combinado)	Anual	40 Visitas en total
Beneficios del trasplante de órganos	Toda la vida	2 Trasplantes***
Ortesis de pie moldeados personalizados	Anual	2 Pares
Calzado relacionado con la diabetes / zapatos	Anual	2 Pares
Sujetador protésico para miembros cubiertos de oncología	Anual	2 Cada
Tratamiento de heridas y tratamiento con oxígeno hiperbárico	Anual	20 Visitas
Estudio del sueño	Anual	1 Visita****

* Estos servicios se cubrirán exclusivamente a través del Programa de mejora de la calidad y acreditación de la cirugía metabólica y bariátrica (MBS-AQIP). Todos los servicios deben ser autorizados previamente y deben realizarse en un Centro de Tratamiento designado por MBS-AQIP. Para más información llame al 888-295-3591.

** Los servicios deben prestarse en el Centro de tratamiento de dependencia de sustancias químicas de MHBFB para que estén cubiertos. Para detalles sobre este beneficio, llame al 888-295-3591.

*** Los trasplantes deben realizarse en los Centros de Trasplante Designados de MHBFB para que estén cubiertos. Para más información llame al 888-295-3591.

**** El estudio del sueño debe completarse en una noche. El Fondo no cubrirá una segunda noche.

Beneficios de cuidado preventivo

El Fondo pagará el 100 por ciento de los cargos razonables y habituales para la atención preventiva dentro de la red (como se describe más adelante a continuación). “Programa de cuidado preventivo”).

Evaluación del médico y consulta. Copago de la consulta.

Usted es responsable de un copago de \$ 20.00 por cada visita a servicios que facture el proveedor médico según los Códigos CPT 99201 a 99215 (“Copago de visita al médico”) que se realizan en una oficina.

Algunos ejemplos de los tipos de visitas a las que se aplicará el Copago por visita al médico son las consultas con nuevos pacientes, la evaluación y el manejo de una afección crónica, o un examen para el tratamiento de un resfriado o la gripe.

El copago por visita al médico no se contabilizará para su deducible por año calendario (según se describe más adelante en “Deducibles por año civil para médicos importantes”). Cualquier servicio o procedimiento prestados que no sean los facturados bajo los Códigos CPT enumerados anteriormente se reembolsarán según se describe en el Folleto del Fondo.

Deducibles del año calendario para médicos importantes

Estándar individual año calendario mayor médico	\$500, \$1200 o \$2000
Máximo deducible familiar	\$6000

Consulte a su empleador por el monto de su deducible por año calendario. El deducible del año calendario se aplicará a la cantidad de gastos médicos cubiertos en los que se incurra cada año calendario. Cada Miembro cubierto cubrirá el Deducible por año calendario de \$ 500, \$ 1,200 o \$ 2,000 hasta un Deducible Máximo Familiar de \$ 6,000, siempre y cuando los Miembros cubiertos incurran y presenten gastos médicos cubiertos en una cantidad equivalente al Deducible del Año Calendario.

Servicios de ambulancia de emergencia (ambulancia terrestre o aérea)

Anual 2 cada por año

Coseguro individual

La persona cubierta paga el coseguro por los primeros \$ 20,000 de los gastos cubiertos por el proveedor dentro de la red dentro de la red de Arkansas después del deducible (s) del año calendario. Una vez que la Persona cubierta cumpla con el máximo de coseguro dentro de la red, dentro del estado de Arkansas, el Fondo reembolsará el 100 por ciento de todos los servicios cubiertos dentro de la red dentro del estado de Arkansas durante el resto del año calendario.

La familia cubierta paga el coseguro por los primeros \$ 40,000 de los gastos cubiertos por el proveedor dentro de la red dentro de la red de Arkansas después del deducible (s) del año calendario. Una vez que la familia cubierta cumpla con el máximo de coseguro dentro de la red, dentro del estado de Arkansas, el Fondo reembolsará el 100 por ciento de todos los servicios cubiertos dentro de la red dentro del estado de Arkansas durante el resto del año calendario.

La disposición de Stop Loss, o el máximo de gastos de bolsillo, no se aplica a los servicios de proveedores que no sean emergentes fuera del estado, dentro de la red o que no sean de PPO, y la persona será responsable del coseguro de todos los gastos cubiertos fuera de -State dentro de la red o proveedores no-PPO. Los copagos de la sala de emergencias (tarifas de acceso) y los copagos de medicamentos recetados no están incluidos dentro de la provisión de Stop Loss ni el máximo de desembolso.

Después de que se cumplan los deducibles del año calendario, el Fondo pagará los siguientes porcentajes por los servicios cubiertos:		
	PPO	No-PPO
Servicios de la sala de emergencia	80% de los Permisos PPO habituales y habituales del Fondo	80% de los Permisos PPO habituales y habituales del Fondo
Proveedores de PPO (En el estado o fuera del estado)	80% de los Permisibles habituales del Fondo.	
Proveedores no PPO (En el estado o fuera del estado) (Excepto los cargos de la sala de emergencias)		50% de los Permisos habituales del Fondo (consulte Cargos habituales en Definiciones)

Servicios de la sala de emergencia

Las visitas a la sala de emergencias para pacientes ambulatorios requerirán un copago de \$ 250 (tarifa de acceso) realizado por el Miembro cubierto para cada visita. Este copago de \$ 250 es adicional a cualquier otro deducible o requisito de copago del Fondo. Los copagos de la sala de emergencia no se aplican al deducible del Fondo ni al máximo de coseguro. Cuando una visita a la sala de emergencias resulta en un ingreso hospitalario para pacientes hospitalizados (excluidas las estadias de observación), se cancelará el copago de la sala de emergencias de \$ 250. Sin embargo, esto no se aplica cuando lo ingresan en un hospital diferente al que recibió servicios de emergencia. El Fondo reembolsará los Servicios de la sala de emergencia (ya sean o no prestados en una instalación dentro de la red) de conformidad con los requisitos de deducibles dentro de la red y los porcentajes de beneficios para atención inmediata y de emergencia hasta los permisos razonables y habituales del Fondo para dichos servicios.

Explicación de beneficios y limitaciones de beneficios

Limitación de pérdidas para Seguro Médico

Cuando los cargos cubiertos dentro del estado y dentro de la red alcanzan los \$20,000 para la persona cubierta o \$40,000 para la familia cubierta y se cumplan los deducibles del año calendario, el Fondo pagará el 100 por ciento de todos los servicios cubiertos por encima de esa cantidad por el resto de el año calendario, a menos que sea excluido o modificado por otras partes de este Folleto del Fondo. Esto se denomina provisión de Stop Loss o máximo de desembolso. Los cargos de proveedores fuera de estado dentro de la red y de proveedores que no son PPO no cuentan para el (los) máximo (s) de su bolsillo y el Fondo no pagará el 100 por ciento del proveedor fuera de la red dentro del estado y no Cargos de proveedor PPO. Además, la multa deducible (s), y los copagos de servicios de sala de emergencia, y los copagos de medicamentos recetados no cuentan para el máximo (s) de desembolso. El Fondo no pagará el 100 por ciento de los cargos del servicio de la sala de emergencia aunque el proveedor retenga al paciente para su observación. Se puede renunciar al copago para una admisión a la habitación del hospital para pacientes hospitalizados (para Pérdida de pérdida para beneficios de medicamentos recetados, consulte “Cambios importantes en los fondos relacionados con la Affordable Care Act (Reforma de la Atención Médica)” en la Sección 3 de este Folleto, página 22).

Cargos Médicos Mayores Cubiertos

Cargos Médicos Mayores Cubiertos incluye solo los cargos y aranceles que se describen a continuación que (a) no están excluidos por otras disposiciones aplicables a estos Beneficios, (b) son médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de una enfermedad o lesión de un Miembro cubierto, (c) son recomendados por un médico asistente, (d) no exceden los cargos habituales, habituales y razonables (consulte la sección “UCR” para obtener más información) según lo determine el Fondo de acuerdo con las normas de la industria de atención médica para el área en la que los servicios y los suministros se suministran, y (e) el Programa de Revisión de Utilización lo considera necesario (consulte la sección “Programa de Revisión de Utilización” a continuación). Se considera que un cargo se incurre en la fecha en que un Miembro cubierto recibe los servicios o suministros para los cuales se realizó el cargo. (Para obtener más información, consulte “Médicamente necesario” en Información importante).

Cargos dentales relacionados con el accidente—los cargos dentales no están cubiertos por los Beneficios Médicos Mayores, excepto por la pronta reparación de dientes naturales sanos u otros tejidos corporales requeridos como resultado de una lesión accidental sufrida mientras está cubierto. Se debe presentar un plan de tratamiento antes de que se brinde cualquier tratamiento o servicio. El tratamiento / servicios debe comenzar dentro de los 30 días y completarse dentro de los seis meses posteriores a la lesión o accidente inicial, a menos que el Fondo acuerde lo contrario. Cualquier lesión en los dientes mientras se come no está cubierta por esta disposición.

NOTA: Los cargos incurridos en un entorno hospitalario por extracción de dientes, a menos que como resultado de un accidente o lesión no estén cubiertos por los Beneficios Médicos Mayores.

Servicios de ambulancia (por tierra y aire) para—Cargos emergente, médicamente necesario el transporte, el local de un miembro cubierto por una compañía profesional de ambulancias hacia y desde un hospital estará cubierto por los máximos por ocurrencia del Fondo, siendo dos cada uno por año.

Cargos por anestesia— para la administración de anestesia cuando no están incluidos en el hospital o en los centros de cirugía ambulatoria.

Cirugía de cataratas—cargos por la cirugía de cataratas, que incluyen el primer par de anteojos estándar o lentes de contacto estándar cuando se necesitan y se adquieren dentro de los noventa (90) días de dicha cirugía. Los anteojos y lentes se reembolsarán de acuerdo con las tarifas habituales y habituales permitidas por el Fondo. Cualquier anteojos y / o lentes adicionales pueden estar cubiertos por la cobertura opcional de beneficios de cuidado de la vista.

Cargos de la sala de emergencias—cargos por servicios de la sala de emergencias médicamente necesarios.

Planificación familiar—se proporcionan beneficios para una vasectomía electiva realizada solo en el consultorio de un médico. El Fondo también proporcionará beneficios para una ligadura de trompas electiva..

Cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados—el Fondo pagará hasta un máximo de 30 días por año por alojamiento y comida cubiertos y otros servicios y suministros necesarios, a menos que se defina en otra parte de este folleto. Las habitaciones cubiertas para alojamiento en el hospital son: habitación semiprivada (dos o más camas), unidades aprobadas de cuidados intensivos y cardíacos y habitación privada. Si elige tener una habitación privada, será responsable de la diferencia entre el costo del hospital para una habitación semiprivada promedio y el costo de su habitación privada. Si el hospital es una instalación de habitación totalmente privada, el Fondo considerará el 90 por ciento del cargo por habitación privada como el cargo cubierto.

Suministros médicos y cargos farmacéuticos—el Fondo pagará un suministro de hasta treinta (30) días para suministros médicos y cargos farmacéuticos prescritos por un médico para el tratamiento de una afección médica, incluidos, entre otros, suministros para diabéticos e insulina. , a menos que se defina lo contrario en el beneficio de tarjeta de medicamentos.

Honorarios de los médicos—para la atención y el tratamiento médicos que no sean la realización de procedimientos quirúrgicos. Para más información, consulte cargos habituales y razonables (UCR).

Dispositivos ortopédicos / protésicos—cuando los ordena un médico, se brinda cobertura para dispositivos protésicos como aparatos ortopédicos, zapatos o soportes hechos a medida, fijación interna (como pinzas de cadera), prótesis internas y reubicación de piernas, brazos y piernas artificiales. y los ojos. También se incluye el reemplazo de estos dispositivos cuando lo requiera un cambio en su estado físico, así como también reparaciones de dispositivos protésicos. Se requiere certificación previa para la compra de todos los dispositivos ortopédicos / protésicos que excedan los \$ 2,000. La cobertura para el reemplazo de un dispositivo protésico u ortopédico puede ser, como mínimo, una (1) vez cada tres (3) años, a menos que sea médicamente necesaria según lo indiquen los criterios médicos. Sin embargo, estos dispositivos no estarán cubiertos si se usan incorrectamente o se pierden. (Ver exclusiones.)

Cargos radiológicos y de laboratorio—para exámenes radiológicos y servicios de diagnóstico de laboratorio.

Alquiler o compra de equipo médico duradero—el Fondo pagará el equipo médico duradero estándar que (a) puede soportar el uso repetido, (b) se usa principalmente y habitualmente para cumplir un propósito médico, (c) generalmente solo es útil para una persona con una enfermedad o lesión, y (d) es apropiado para usar en el hogar. Además, el Fondo reemplazará el equipo médico duradero estándar que ya no se puede reparar siempre que cumpla con los criterios anteriores. El Fondo no pagará por acondicionadores de aire, deshumidificadores, humidificadores, purificadores de aire, camas de agua, asientos de automóviles, bañeras de hidromasaje, spas, equipos de ejercicios, equipos motorizados u otros equipos especiales o personalizados, ni por contratos y acuerdos de servicio y / o mantenimiento para equipos médicos duraderos. El equipo médico duradero, como una cama de hospital estándar, una silla de ruedas estándar, etc., debe ser recetado por un médico y debe ser requerido para un uso terapéutico temporal. Si un miembro debe alquilar equipo médico duradero por un período prolongado de tiempo, el Fondo se reserva el derecho de pagar el alquiler mensualmente, sin exceder el precio de compra. Si un artículo de equipo médico duradero no está disponible para su compra, el Fondo se reserva el derecho de establecer un precio de alquiler o compra según el cargo razonable y habitual de dicho equipo. El Fondo nunca pagará más que el precio de compra de cualquier equipo médico duradero.

Se requiere certificación previa cuando se compra, alquila o alquila cualquier equipo médico duradero si el precio de compra minorista o el costo anual de alquiler superan los \$ 2,000. Los beneficios no se considerarán hasta que el Programa de Revisión de Utilización haya certificado previamente y / o certificado el equipo.

Honorarios de cirujanos—por la realización de procedimientos quirúrgicos por un médico. La atención preoperatoria y posoperatoria se paga cuando el cirujano factura según las reglas de codificación de CPT de cirugía global.

Pre-certificación, penalización deducibles y revisión de utilización

Es responsabilidad del miembro precertificar los siguientes servicios llamando al 888-295-3591. Se impondrá una multa de \$ 1,500 deducible por no certificar previamente cualquier servicio que requiera precertificación, por ocurrencia. Los requisitos de precertificación se aplican incluso si el Fondo es un pagador secundario. Un miembro cubierto debe precertificar los siguientes servicios, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios (ya sea que se realicen en un hospital, centro de cirugía ambulatoria o consultorio médico)
- Programa de pérdida de peso bariátrica
- Tratamiento de dependencia química.
- Equipo médico duradero (si el precio de compra o el costo anual de alquiler superan los \$ 2,000)
- Servicios de atención médica domiciliaria (atención en el hogar)
- Cuidado de hospicio
- Internos hospitalarios para pacientes internados (incluida la rehabilitación y salud mental para pacientes hospitalizados)
- Servicios de trasplante de órganos
- Observación ambulatoria que dura más de 23 horas (todas las estadías ambulatorias que duren más de 24 horas serán reembolsado como hospitalización, y / o los cargos se reducirán a 23 horas de observación)
- Exploraciones PET
- Dispositivos protésicos (si el precio de compra supera los \$ 2,000)
- Tratamiento de heridas y tratamientos con oxígeno hiperbárico

Si tiene alguna duda sobre si un procedimiento o servicio requiere o no una certificación previa, llame al 888-295-3591.

Procedimientos quirúrgicos que no son de emergencia - Máximo anual de 2

(hospital o centro de cirugía ambulatoria)

Para obtener una lista completa de procedimientos quirúrgicos que no sean de emergencia, llame al 888-295-3591. Los miembros tienen permitido un máximo anual de dos procedimientos.

Procedimiento quirúrgico que no es de emergencia significa un procedimiento médico para mejorar la salud o la calidad de vida cuando la condición médica no se considera de inmediato una amenaza para la vida. Los procedimientos quirúrgicos que no son de emergencia están programados para una fecha específica y no se consideran de naturaleza emergente.

Llame al 888-295-3591 en cualquier momento para verificar si se necesitará una precertificación.

Procedimientos quirúrgicos

Se requiere precertificación para procedimientos quirúrgicos sin importar dónde se realicen.

Programa de Revisión de Utilización

El Fondo ha adoptado un Programa de Revisión de Utilización. El Programa de Revisión de Utilización es el examen crítico de los servicios de atención médica a los pacientes para evaluar la necesidad médica, la idoneidad y la eficiencia del uso de los servicios, procedimientos e instalaciones de atención médica según las disposiciones del plan de beneficios de salud. El Programa de Revisión de Utilización lo proporciona directamente el Fondo, que es un agente de revisión autorizado. El Programa de revisión de utilización puede incluir, entre otros, la revisión previa a la admisión, la autorización previa / certificación previa, la revisión concurrente, la revisión retrospectiva, la administración de casos y la planificación del alta. Todas las reclamaciones están sujetas al Programa de Revisión de Utilización.

En ciertos casos, el Programa de Revisión requiere certificación antes del tratamiento, así como la revisión concurrente, la planificación del alta, la rentabilidad y la administración de casos médicos. Se aplicará un deducible de multa de \$ 1,500 por no certificarse previamente con el Programa de Revisión de Utilización donde el Fondo requiere certificación previa.

Una vez que un servicio ha sido precertificado, los servicios deben prestarse dentro de los 30 días a partir de la fecha precertificada de servicio. Si los servicios no se prestan dentro del período de 30 días, el proceso de precertificación debe iniciarse nuevamente.

Usted o su médico deben precertificar llamando al Programa de Revisión de Utilización al 888-295-3591. **La responsabilidad final de precertificar recae en el Miembro cubierto.**

Admisión al hospital

Debe notificar al Programa de Revisión de Utilización de una admisión programada antes de la fecha de servicio. Tan pronto como sepa que será hospitalizado, usted o su médico deben precertificar su atención llamando al Programa de Revisión de Utilización al 888-295-3591. Informe al Programa de Revisión de Utilización que está cubierto por el Fondo y proporcione el Programa de Revisión de Utilización con el nombre y número de teléfono de su médico. **Si no se notifica al Programa de Revisión de Utilización antes de la admisión, se evaluará un deducible de multa de \$ 1,500.**

Si su admisión se debe a una emergencia, usted, su familia o su médico tendrán hasta las 5:00 p.m. el siguiente día hábil para notificar al Programa de Revisión de Utilización de esa admisión. Las admisiones directas del consultorio de su médico no se consideran emergencias y deben ser certificadas previamente por usted o su médico dentro de las veinticuatro (24) horas. **De lo contrario, se deducirá la multa de \$ 1,500.**

Las observaciones de pacientes ambulatorios que duren más de 23 horas pueden considerarse como una admisión de pacientes hospitalizados y / o reducidas al límite de observación de 23 horas. No se pagarán beneficios por ningún cargo relacionado con servicios o días no certificados. Cualquier observación que dure más de 23 horas debe ser certificada previamente. **El no hacerlo resultará en la evaluación de un deducible de multa de \$ 1,500.**

Excepción para el parto

El Fondo no restringe la duración de la estadía en el hospital para la madre o el recién nacido hasta 48 horas después de un parto vaginal normal o menos de 96 horas después de una cesárea. El Programa de Revisión de Utilización debe ser notificado para estancias que superen las 48 horas o 96 horas al 888-295-3591.

Información adicional del programa de revisión de utilización

Si el Programa de revisión de utilización no está de acuerdo con la cantidad de días recomendados por el médico o con el uso de equipo médico duradero, se le informará a usted y a su médico. El Fondo no pagará el tratamiento que no esté aprobado por el Programa de Revisión de Utilización. Si no está de acuerdo con alguna decisión de pago, puede apelar. (Consulte la “Sección 7: Apelaciones” en este Folleto). La decisión de aceptar el tratamiento es entre usted y su proveedor.

Medicamento necesario significa que los servicios o cargos presentados al Fondo deben cumplir con las condiciones de ser médicamente necesarios para ser considerados para el pago. El Fondo generalmente considerará que la atención o el tratamiento son médicamente necesarios si:

- Es consistente con la condición médica del paciente o los estándares aceptados de buena práctica médica;
- Se ha demostrado médicamente que es un tratamiento eficaz de la afección; y
- Es el nivel de servicio (s) más apropiado que se puede proporcionar de manera segura al paciente.

Solo se considera su afección médica para determinar si el nivel de atención o el tipo de establecimiento de atención médica es adecuado. En la determinación de la necesidad médica, no se considera su situación financiera ni su situación familiar, la distancia desde la instalación, la conveniencia del paciente o el médico, ni ningún otro factor no médico.

Los servicios y suministros que no son médicamente necesarios no están cubiertos, excepto los servicios de salud preventivos para los cuales la cobertura se detalla en este documento. La hospitalización que se extiende por razones distintas a la necesidad médica, es decir, la falta de transporte, la falta de cuidadores en el hogar, el clima inclemente y otras razones sociales que no justifican la cobertura de atención hospitalaria prolongada no está cubierta.

Además, los estándares médicamente necesarios se aplican a todos los beneficios cubiertos descritos en el Fondo. Si el Programa de Revisión de Utilización determina que un servicio no es Medicamento Necesario antes o después de que un Proveedor PPO participante lo preste, prohibimos que el Proveedor que prestó el servicio le facture a usted por esos servicios, A MENOS QUE usted haya aceptado por escrito que será responsable del pago antes de los servicios fueron rendidos

Los cargos por servicios o suministros prestados por Proveedores no PPO que no se consideran médicamente necesarios por el Programa de Revisión de Utilización serán responsabilidad del miembro que recibe los servicios.

Las apelaciones hechas por un proveedor en cuanto a la necesidad médica se remitirán a un Revisor médico designado por el Administrador del plan. La decisión del Revisor Médico del Administrador del Plan será definitiva y vinculante para todas las partes. Las apelaciones hechas por los miembros cubiertos o su representante legal se harán de acuerdo con el proceso de revisión interno / externo establecido en la Sección 7, página 36, de este Folleto.

El Fondo no pagará los servicios o suministros proporcionados después de la fecha en que finalice su cobertura, incluso si el Fondo certifica previamente o proporciona información de beneficios para un plan de tratamiento enviado antes del final de su cobertura.

Beneficios especiales

Gestion de casos

La Administración de casos debe ser utilizada por el Miembro del Fondo donde se esperan servicios con altos gastos o donde se esperan dichos servicios pero no están disponibles dentro de la Red de Proveedores Preferidos, consulte la “Sección 5”, página 31, para obtener más información. El Administrador de casos trabajará con el miembro y el proveedor para buscar un enfoque rentable para la enfermedad o lesión, como se describe en la parte del Programa de Revisión de Utilización de este folleto.

En un esfuerzo por reducir las visitas recurrentes a un entorno hospitalario, se puede recomendar la administración alternativa de casos. Los beneficios pueden extenderse, según la recomendación del administrador de casos, si dicha recomendación tiende a proporcionar un tratamiento aprobado por un médico fuera del ámbito hospitalario. Se puede considerar la administración alternativa de casos si se espera que los gastos médicos excedan el máximo definido por el Fondo para un beneficio específico. El manejo alternativo de casos normalmente incluirá, pero no se limitará a, equipo médico duradero, atención domiciliaria y cuidados paliativos, terapia para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

A opción exclusiva del Fondo, el Fondo puede proporcionar beneficios alternativos en lugar de los Beneficios Médicos Mayores. Se proporcionarán beneficios alternativos si, a la sola discreción del Fondo, dichos servicios son factibles, rentables, médicamente necesarios y están disponibles en su localidad. El administrador de casos tendrá la capacidad de recomendar un plan de tratamiento por encima del máximo de beneficio anual. Este beneficio no excederá \$ 5,000 en un año calendario. Los cargos de gestión de casos elegibles se pagarán utilizando los reembolsos porcentuales del Fondo.

eDocAmerica—todos los servicios de eDocAmerica son gratuitos, confidenciales e ilimitados para los empleados cubiertos y todos los miembros de la familia. Comuníquese con eDocAmerica al 866-842-5365 o visite www.edocamerica.com para configurar o acceder a su cuenta gratuita.

eDocAmerica le brinda acceso por correo electrónico a médicos, psicólogos, farmacéuticos, dentistas, dietistas y entrenadores físicos. **eDocAmerica es una herramienta disponible para todos los miembros del Fondo y sus Familias y brinda acceso a profesionales médicos.** Cuando inicie sesión en su cuenta de eDocAmerica, puede elegir con quién quiere ponerse en contacto. Las respuestas de los médicos están garantizadas en 24 horas y la mayoría de las respuestas llegan en 2-3 horas..

Línea de asesoramiento de enfermeras registradas las 24 horas:

La línea de enfermería está disponible 24 horas al día, 7 días por semana y 365 días por año. Al comienzo de cada llamada, a la persona que llama se le ofrece la oportunidad de comunicarse en inglés o español.

Una enfermera registrada le informará a la persona que llama sobre la disposición adecuada para su problema o problema médico declarado. Estas disposiciones van desde consejos de atención domiciliaria hasta atención de emergencia recomendada inmediatamente.

La línea de asesoramiento de enfermería registrada 24/7 está disponible al 866-842-5365 o puede llamar a eDoc al 866-525-3362 para recibir asistencia.

Programa de cuidado preventivo

El Fondo reembolsará los Beneficios de cuidado preventivo de rutina anual al 100 por ciento del cargo permitido, sujeto a los cargos habituales, razonables y habituales. Los Beneficios de cuidado preventivo no están sujetos a deducibles ni a porcentajes de beneficios. Para ser considerado como un Beneficio Anual de Atención Preventiva Rutinaria, la factura del proveedor por el servicio debe designar un código de diagnóstico preventivo de rutina, con el Código CPT y el indicador de diagnóstico adecuados para que se considere un servicio preventivo. Las reclamaciones recibidas con diagnósticos distintos o adicionales a los preventivos de rutina se considerarán en los Beneficios Médicos Mayores y se reembolsarán en consecuencia. Los beneficios preventivos no son pagaderos cuando se realizan en clínicas de gripe, ferias de salud u otros lugares públicos o privados; sin embargo, las vacunas contra la gripe exclusivamente, cuando se facturan a través del beneficio de la tarjeta de medicamentos y son administradas por una farmacia participante, pueden estar cubiertas.

La siguiente lista es un ejemplo de los tipos de servicios que a menudo se consideran servicios preventivos de rutina.:

- Mamografía: una (1) por año calendario
- Evaluación de PAP: una (1) por año calendario
- PSA (prueba de antígeno específico de la próstata): uno (1) por año calendario
- Examen de colon-recto: cobertura para el examen de detección médicamente reconocido para la detección de cáncer colorrectal para las personas cubiertas que tienen cincuenta (50) años o más o para las personas cubiertas que tienen menos de cincuenta (<50) años de edad. tiene antecedentes familiares y tiene un riesgo normal de desarrollar pólipos en el colon o cáncer de colon por los Beneficios elegibles en los que se incurre al realizar un examen de detección médicamente reconocido para la detección del cáncer colorrectal. Esto incluye exámenes de sangre fecales anuales y una colonoscopia y / o una sigmoidoscopia flexible (examen del intestino grueso) cada cinco (5) años con antecedentes familiares de pólipos de colon, cáncer de colon o una colonoscopia realizada cada diez (10) años. Este beneficio excluye la cobertura para colonoscopias virtuales. Este beneficio incluirá exámenes de rutina para el colon y el diagnóstico.
- Panel de Salud General
- TB
- Radiografía de tórax (frontal y lateral)

Inmunizaciones / Inoculaciones

- DT (toxoides diftérica y tetánica)
- Diftia DtaP, toxoides tetánicos y tos ferina
- Booster Td (Tétanos)
- MMR (sarampión, paperas, rubéola)
- refuerzo MMR
- Vacuna contra la poliomielitis
- Polio oral
- Vacuna contra la varicela (Chicken Pox)
- Influenza
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Neumococo (neumonía)
- Pediarix (toxoides diftérica y tetánica y pertusis acelular absorbida, hepatitis B [recombinante] y vacuna contra el poliovirus inactivado combinados)
- HIB (Hemophilus Influenza B)
- VPH (virus del papiloma humano genital)
- Rotovirus
- Zosatavax (vacuna contra la culebrilla)

Tenga en cuenta que: las inyecciones para la alergia y los gastos relacionados con el nacimiento de un niño no se consideran parte de este beneficio. Otros medicamentos inyectables pueden estar cubiertos por el Programa de tarjeta de medicamentos recetados. Consulte la sección Tarjeta de medicamentos recetados de este Folleto del fondo (Sección 3, página 22). Los copagos de la farmacia se evaluarán si los anteriores se administran en su farmacia local, a excepción de la influenza.

Programa para dejar de fumar—el Fondo reconoce los beneficios de un ambiente libre de tabaco y, por lo tanto, apoyará los esfuerzos de sus miembros en la interrupción del consumo de tabaco. El Programa para dejar de fumar del Fondo está diseñado para ayudar a los miembros en sus esfuerzos por discontinuar el consumo de tabaco al brindar acceso a medicamentos específicos diseñados para disminuir la dependencia de la nicotina.

Cómo funciona el programa para dejar de fumar—los miembros que deseen interrumpir su consumo de tabaco y participar en este programa deben obtener las recetas apropiadas de su médico. Estos medicamentos se cubrirán con un copago de \$ 0; Para socios > 18 años de edad. Límite anual: 2 ciclos de tratamiento (12 semanas / ciclo) de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Reforma de Salud)).

Limitaciones especiales sobre tipos específicos de tratamientos médicos

Habilitación / Rehabilitación para pacientes hospitalizados agudos—el pago de este beneficio se limita a un máximo de 30 días por enfermedad o incidente, pero no debe exceder el beneficio máximo hospitalario anual. El pago se limita a la rehabilitación aguda según lo prescrito por un médico y está sujeto a revisión por parte de la Administración de casos para identificar criterios médicos y alternativas rentables.

Habilitación / rehabilitación de pacientes subagudos—el pago de este beneficio se limita a un máximo de 15 días por enfermedad o incidente, pero no debe exceder el beneficio máximo anual del hospital como paciente interno. El pago se limita a los servicios de rehabilitación subaguda según lo prescrito por un médico y está sujeto a revisión por parte de la Administración de casos para identificar criterios médicos y alternativas rentables.

Gastos permitidos—los cargos habituales, habituales y razonables, incluido el Precio de venta al por mayor promedio (AWP) realizado para los servicios de atención médica, medicamentos y suministros necesarios, una parte de los cuales está cubierta por al menos uno de los planes que cubren al miembro por el cual reclama está hecho. Estos servicios cubiertos se considerarán gastos permitidos y un beneficio pagado. Los gastos permitidos no incluyen los cargos utilizados para satisfacer los deducibles, copagos o coseguros evaluados en el Programa de tarjeta de medicamentos recetados. (Para más información, vea Coordinación de Beneficios).

Precio al por mayor promedio (AWP)—la cantidad permitida determinada por el Fondo para los productos proporcionados a los miembros cubiertos, empleando el Precio al por mayor promedio (AWP) más actual u otro índice de referencia aceptado por la industria según lo establecido por Medispan, First Databank u otra industria -acadio aceptado El Fondo se reserva el derecho de revisar todos y cada uno de los reclamos por dichos productos proporcionados a sus miembros cubiertos. El Fondo se reserva el derecho de reembolsar a los proveedores al ochenta y cinco (85%) por ciento de AWP por reclamos facturados. El Código Nacional de Drogas (NDC, por sus siglas en inglés) es un identificador único de producto utilizado en los Estados Unidos para medicamentos destinados para uso humano. (Para obtener más información, consulte Cargos habituales, habituales y razonables (UCR)).

Programa bariátrico de pérdida de peso *—el Fondo brindará cobertura para la cirugía bariátrica que incluye:

- a. Cirugía de banda gástrica ajustable.
- b. Cirugía de banda gástrica
- c. Cirugía de manga o gastrectomía.
- d. Desviación biliopancreática del interruptor duodenal.

Se requiere una Pre-determinación como se describe a continuación para continuar con la Revisión de la Notificación y se requiere revisar la elegibilidad para un procedimiento quirúrgico. Para calificar para ser elegible se requiere la documentación de seis (6) meses consecutivos de un programa de control de peso supervisado por un médico que puede incluir, entre otros, educación nutricional y un programa de actividad física. La persona cubierta, el médico tratante o el miembro de la familia debe proporcionar información para la revisión previa a la Administración de la Atención Médica. De lo contrario, no habrá cobertura de beneficios para los servicios de obesidad mórbida.

Los gastos elegibles de obesidad mórbida incurridos se cubrirán sujetos a la aprobación de la Administración de casos médicos y las limitaciones del Fondo. Según esta disposición, los gastos elegibles para la obesidad mórbida incluyen la evaluación previa a la obesidad, el tratamiento médico y quirúrgico para la atención de seguimiento posterior a la obesidad, que incluye, entre otros, el tratamiento de cualquier complicación. El tratamiento de la obesidad mórbida debe realizarse en un Centro de Tratamiento de Obesidad Mórbida designado por el Fondo y es un beneficio elegible para las personas cubiertas que tienen diecinueve (19) años de edad o más.

Nutrición no cubierta—el Fondo no cubrirá alimentos, batidos, vitaminas ni suplementos, independientemente de quién los haya recetado o recomendado.

Centro no designado de obesidad mórbida—si el tratamiento de la obesidad mórbida se realiza en un centro de tratamiento de la obesidad mórbida no designado o si se rechaza el tratamiento de casos médicos, no se cubrirá la atención antes de la obesidad, la obesidad y la post-obesidad.

Descalificación del programa—si un miembro cubierto no sigue las pautas según las instrucciones de la Administración de casos y / o el cirujano bariátrico y está descalificado por cualquier motivo de este programa, debe esperar hasta el próximo año del fondo para volver a calificar.

Consideración de reclamaciones—todas las reclamaciones relacionadas con MBS-AQIP deben tener el número de pre-determinación o pre-autorización en cada reclamación para ser considerados para el pago.

Cualquier cargo relacionado con la obesidad por servicios no prestados bajo este programa no será cubierto por el Fondo. Además, los procedimientos de tratamiento de la obesidad mórbida no se pagarán si el procedimiento es un procedimiento médico experimental y de investigación tal como se define en este folleto.

Cómo obtener una pre-determinación

1. Llame a su administrador de casos de fondos al 888-295-3591 y notífeles que está interesado en el programa MBS-AQIP.
2. Una vez que se complete la determinación previa, el miembro se comunicará con el consultorio del médico de MBS-AQIP para inscribirse en el programa. Esto debe hacerse en www.obesity-surgery.net. Debe completar la nueva solicitud de paciente en línea.
3. Una vez que haya completado la solicitud y haya sido aprobado para el programa, completará seis meses de control de peso supervisado por un médico.
4. Las actualizaciones mensuales deben ser enviadas al Administrador de Casos del Fondo por su médico o dietista.

Cómo obtener una autorización previa para la cirugía bariátrica

1. Llame a su Administrador de Casos del Fondo y notífeles que ha completado los seis meses de control de peso supervisado por un médico y que está listo para continuar con la cirugía.
2. Su administrador de casos se comunicará con el consultorio del médico de MBS-AQIP y procederá con la autorización previa.

Los criterios del Fondo utilizados para la autorización previa se pueden obtener comunicándose con su Administrador de Casos del Fondo al 888-295-3591.

** Estos servicios se cubrirán exclusivamente a través del Programa de mejora de la calidad y acreditación de la cirugía metabólica y bariátrica (MBS-AQIP). Todos los servicios requieren una determinación previa y una autorización previa. La determinación retro o autorizaciones retro no serán consideradas. La participación en este programa debe realizarse en un Centro de Tratamiento designado por MBS-AQIP.*

Tratamiento de dependencia química—estos servicios están limitados a un plan de tratamiento por vida. Los servicios deben prestarse en el Centro de tratamiento de dependencia de sustancias químicas del Fondo para que estén cubiertos. Debe comunicarse con Fund Case Management al 888-295-3591, quien dirigirá su atención y precertificará los servicios. No habrá beneficios disponibles para los servicios de Dependencia Química que se realizan en cualquier instalación que no esté designada por el Fondo. Una orden de un tribunal o agencia estatal para tratamiento psiquiátrico no es una indicación de elegibilidad bajo este beneficio.

Educación o capacitación para diabéticos—el Fondo permitirá una educación o capacitación para diabéticos de un día por año calendario. Sin embargo, si hay un cambio significativo en la afección o los síntomas del miembro cubierto que hacen que sea médicamente necesario cambiar el proceso de gestión de la diabetes del miembro cubierto, el Fondo permitirá una sesión adicional de educación o capacitación para diabéticos de un día. La diabetes adicional o sesión de entrenamiento debe ser prescrita por un médico.

Alimentaciones enterales (alimentación por sonda)—el Fondo cubrirá las alimentaciones enterales cuando sea el único medio de nutrición del miembro.

Audífonos—el Fondo pagará hasta un máximo de \$ 1,400 por oído una (1) vez cada tres (3) años por audífonos, incluidas las piezas de reparación y reemplazo que están diseñadas y se ofrecen con el propósito de:

- Ayudar a una persona con o compensar por una discapacidad auditiva;
- Se usa sobre o en el cuerpo;
- Generalmente no es útil para una persona en ausencia de una discapacidad auditiva; y
- Lo vende un profesional con licencia del estado para dispensar un audífono o instrumento auditivo.

El coseguro individual y el deducible anual individual no se aplicarán al beneficio del audífono; sin embargo, los costos de desembolso directo asociados con estos dispositivos no se acreditarán para el deducible anual individual. Además, estos dispositivos no estarán cubiertos si se utilizan incorrectamente o se pierden. (Consulte Exclusiones). Todos los cargos y / o costos superiores al máximo de \$ 1,400 por oído una (1) vez cada tres (3) años serán responsabilidad del miembro.

Tenga en cuenta: el pago de los audífonos no se considerará antes de que el miembro individual los haya recibido y MHBF haya recibido un comprobante de entrega firmado.

Servicios de atención médica domiciliaria (atención prestada en el hogar)—el pago de estos beneficios se limita a un máximo anual de 20 visitas por año y está sujeto a revisión por parte de la Administración de casos para identificar criterios médicos y alternativas rentables. La cobertura para este beneficio se limitará a los cargos por las visitas de atención médica domiciliaria realizadas por una enfermera registrada, una enfermera práctica licenciada, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta del habla y de acuerdo con un plan de atención médica domiciliaria establecido por un médico. y / o recomendado por Case Management. Debe estar confinado en su hogar para calificar para los servicios de atención médica a domicilio. (Ver Definiciones).

Atención de hospicio—el Fondo pagará los cargos de hospicio cubiertos, ya sea en el hogar o en un entorno hospitalario, incluidos los equipos y suministros, que son médicamente necesarios para el tratamiento si el miembro está totalmente discapacitado como resultado de una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida. De seis meses o menos. Se requiere un plan de tratamiento y debe enviarse a Administración de casos para la precertificación antes de que se puedan considerar los beneficios. Los cargos por cuidado de hospicio se limitarán a un máximo de por vida de 90 días. (Consulte Administración de casos alternativos para obtener información adicional.)

Beneficios de maternidad y cuidado de recién nacidos—si tiene cobertura familiar, se puede agregar un recién nacido elegible a su cobertura en la fecha de nacimiento del recién nacido. El recién nacido debe agregarse dentro de los 60 días de su fecha de nacimiento, independientemente de si se recibe o no el Número de Seguro Social. El máximo anual de hospitalización para pacientes hospitalizados del Fondo se aplica a este beneficio.

Si ha elegido la cobertura individual, la cobertura familiar puede agregarse el primer día del mes siguiente a la fecha de nacimiento del recién nacido. También puede elegir cobertura familiar en cualquier Período de inscripción abierta antes del nacimiento del recién nacido.

Trastornos mentales y nerviosos—el pago por los servicios incurridos en relación con el tratamiento de una enfermedad mental o trastornos nerviosos funcionales, se limita a un máximo de 10 días de hospitalización por año calendario, con 24 visitas de médicos por año calendario por cargos de paciente hospitalizado y ambulatorio. Estos pagos no son elegibles para la Provisión de Stop Loss. (Vea Exclusiones para más información.)

Asesoramiento nutricional y de peso—pago por los servicios proporcionados por un dietista registrado con el propósito de asesoramiento nutricional. Se pueden aplicar restricciones.

Cargos por beneficios de trasplante de órganos—los beneficios de trasplante son todo incluido y están limitados a dos por vida. Todo incluido significa todos los cargos por todos los servicios para un trasplante de órganos, incluidos, entre otros, las pruebas antes del trasplante y todo el tratamiento postoperatorio. Además, las adquisiciones del donante, la tipificación de tejidos, el procedimiento quirúrgico, junto con los costos de almacenamiento y transporte se incluyen en el beneficio anual, pero se deben facturar de manera inclusiva al miembro cubierto del Fondo para que se consideren. Los procedimientos elegibles son—corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, córnea y médula ósea.

Todos los trasplantes deben realizarse en uno de los Centros de Trasplante Designados de MHBF para ser cubiertos. Debe comunicarse con MHBF Case Management al 888-295-3591, quien dirigirá su atención y precertificará los servicios. No habrá beneficios disponibles para los trasplantes realizados en ninguna instalación que no esté designada por el Fondo. Los gastos de viaje y alojamiento no son un beneficio cubierto.

Ambiente clínico ambulatorio Servicios de terapia física, terapia del habla, terapia habilitativa, quiropráctica y terapia ocupacional—estos servicios terapéuticos, cuando se brindan en un entorno clínico ambulatorio, se combinarán para permitir un máximo anual de 40 visitas, a menos que se excluyan en otro lugar de la política.

Tenga en cuenta que los Servicios quiroprácticos están cubiertos solo para un miembro elegible de cinco (5) años o más y que la Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) no es un beneficio cubierto por los Servicios quiroprácticos. TMJ se aborda en la cobertura opcional de beneficios dentales.

Cargos usuales, habituales y razonables (UCR)—para determinar los cargos UCR facturados por un proveedor médico por servicios y suministros, el Fondo se reserva el derecho de usar tablas nacionales (que incluyen, entre otros, RBRVS, ADP y MDR, Medispan, Primer banco de datos) y métodos de acuerdo con los estándares de la industria del cuidado de la salud. El Fondo puede establecer límites a los cargos y tarifas de un proveedor a su discreción sin avisar al proveedor. El Fondo no pagará el 100 por ciento de los cargos facturados por un proveedor.

Tratamiento de heridas y tratamiento con oxígeno hiperbárico—el número total de sesiones de una hora para terapia de oxígeno hiperbárico y / o el número total de tratamientos recibidos en un centro ambulatorio para el cuidado de heridas se limitará a un máximo de 20 por año, siempre que el tratamiento sea para un Condición que está cubierta por el Fondo y que está prescrita y administrada bajo la supervisión directa de un médico con licencia.

Exclusiones de atención médica

Información general—el Fondo no paga beneficios por exclusiones y servicios de atención médica y artículos que no se describen específicamente en este folleto, incluso si se cumple lo siguiente:

- Es recomendado o prescrito por un médico;
- Es el único tratamiento disponible para su condición;
- Fue un beneficio cubierto en años anteriores del Fondo; o
- Artículos que son mal utilizados o perdidos.

No se pagan beneficios por los cargos que un miembro cubierto no está obligado a pagar o que no se realizarían si la cobertura no existiera.

Aborto—el Fondo no cubrirá un aborto electivo, ni se considerarán los cargos por servicios médicos, suministros o tratamientos utilizados para causar un aborto electivo. No se cubrirán los cargos por suministros o tratamiento provocado por complicaciones médicas de un aborto electivo.

Acupuntura—cualquier servicio o cargo asociado con el tratamiento de acupuntura, independientemente del proveedor que preste los servicios.

Contra el asesoramiento médico—el Fondo no cubrirá ningún servicio requerido por complicaciones derivadas del alta de la atención del miembro, contrariamente al asesoramiento médico.

Consumo de alcohol—atención médica o servicios para el tratamiento de lesiones y / o enfermedades relacionadas con lesiones, provocadas en su totalidad o en parte, por el uso o abuso del alcohol por parte del miembro, incluido, entre otros, la conducción u operación de un vehículo motorizado. según lo definido por las leyes de la jurisdicción en la cual el vehículo u otro dispositivo estaba siendo conducido u operado.

Alcoholismo y enfermedades relacionadas—atención médica o servicios para el tratamiento del alcoholismo y otras enfermedades relacionadas con el alcohol, a menos que se defina en otra parte de este folleto.

Beneficios fuera de los Estados Unidos—el Fondo reembolsará los costos, después del deducible y el coseguro, por el tratamiento requerido mientras viaja fuera de los Estados Unidos por servicios de emergencia, pero requerirá que los miembros obtengan un seguro de viajero cuando esté disponible. El Fondo coordinará el pago de los beneficios con la compañía de seguros de los viajeros.

Procedimientos de reducción o aumento de senos—los servicios y procedimientos para reducir o aumentar el tamaño de los senos, con la excepción del cáncer de seno, no estarán cubiertos por el Fondo.

Ginecomastia benigna (aumento anormal de los senos en los hombres)—el Fondo no cubrirá los servicios ni los procedimientos para tratar esta afección.

Sangre—sangre, plasma sanguíneo, derivados de la sangre, ya que estos pueden ser donados o reemplazados por el miembro o la familia. Además, las tarifas para cubrir las donaciones de sangre o el almacenamiento de sangre no están cubiertas.

Atención de convalecencia—cualquier servicio o cargo asociado con la atención de convalecencia, tratamiento residencial, custodia o sanitario, a menos que se defina en otra parte de este folleto.

Cosmético—procedimientos cosméticos, cirugía, servicios, equipos o suministros, proporcionados en relación con la cirugía estética o reconstructiva electiva, que incluyen, entre otros, la reconstrucción de la mandíbula para mejorar la alineación o mordida dental, o cualquier complicación relacionada con una cirugía estética previa. procedimiento a menos que se incurra como resultado de (1) una lesión accidental sufrida mientras está cubierta por este Fondo o (2) para la reconstrucción de ambos senos debido al cáncer.

Servicios de asesoramiento—los servicios de asesoramiento para pacientes ambulatorios (matrimonio, familia, carrera, hijos, ajuste social, pastoral, financiero o cualquier tipo de asesoramiento grupal) no estarán cubiertos por el Fondo, a menos que se defina en otra parte de este folleto.

Cateterizaciones cardíacas de diagnóstico—cobertura para las cateterizaciones cardíacas en entornos donde no se pueden realizar intervenciones cardíacas.

Deducible (s), copago (s) o coseguro—servicios que son reembolsables en virtud de cualquier otra disposición o cargo del Fondo que se apliquen a las disposiciones de deducible, coseguro o copago del Fondo.

Atención dental—no es un beneficio cubierto por los Beneficios Médicos Mayores del Fondo

Compañeros domésticos—el Fondo no proporciona cobertura para compañeros domésticos del mismo sexo o del sexo opuesto.

Equipo médico duradero—el Fondo no cubrirá los cargos por mal uso o pérdida de equipo médico duradero.

Trastornos de la alimentación—la anorexia nerviosa, la bulimia y los servicios relacionados con los trastornos de la alimentación no están cubiertos, excepto en los casos cubiertos por las disposiciones de salud mental del Fondo.

Ejercicio—cualquier programa de ejercicio o bienestar de rutina, a menos que el Fondo lo prevea específicamente.

Clínicas gratuitas para la gripe / Ferias de salud—los cargos por servicios que son gratuitos o que un miembro cubierto no está obligado a pagar o de lo contrario no se realizarían si la cobertura no existiera no están cubiertos por el Fondo.

Pruebas o servicios genéticos—las pruebas o mediciones de marcadores bioquímicos como una técnica de diagnóstico o detección y los servicios de genetistas o asesores genéticos no están cubiertos por el Fondo, a excepción de los diagnósticos de cáncer.

Audiencia—el Fondo no cubrirá los cargos por uso indebido o pérdida de audífonos.

Hiperhidrosis—el tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis no es un beneficio cubierto por el Fondo.

Procedimientos de IDET—terapia electro-térmica intra-discal (IDET) o procedimientos similares o cualquier complicación que surja de estos tipos de procedimientos.

Hechos ilegales—atención médica o servicios para el tratamiento de lesiones que ocurren en el curso o en el avance de la comisión del miembro de actos contrarios a las leyes federales, estatales o locales.

Relativo inmediato—servicios o cargos provistos por alguien que es un familiar inmediato según se define en la sección de Definiciones de este folleto o que normalmente reside en su hogar.

Infertilidad—cualquier servicio asociado con pruebas o tratamiento para la infertilidad, la fertilización in vitro o la inseminación artificial.

Cargos por demora—cargos por pagos atrasados y / o multas presentadas por un proveedor. El Fondo no pagará el 100 por ciento de los cargos facturados de un proveedor en estos casos.

Cuidado a largo plazo—el cuidado a largo plazo no es un beneficio cubierto por el Fondo.

Atención de mantenimiento—todos los servicios, equipos y suministros que se proporcionan únicamente para mantener la condición de una persona cubierta y de los cuales no se puede esperar una mejora funcional o no constituyen un tratamiento de soporte vital para una condición médica.

Atención obligatoria o ordenada por el tribunal—la cobertura de la atención médica, psicológica o psiquiátrica requerida por una orden judicial, o por mandato de un tercero, no está cubierta por el Fondo.

Acuerdos de mantenimiento de medicamentos—el Fondo no cubrirá las pruebas de cumplimiento de medicamentos de los miembros que buscan tratamiento para el manejo del dolor bajo estos tipos de acuerdos con sus médicos / proveedores.

Partería—los servicios y proveedores de partería no están cubiertos por el Fondo. Además, no se cubrirán las complicaciones asociadas con los servicios provistos bajo esta exclusión.

Citas perdidas o canceladas—cargos por citas médicas, dentales o de la vista perdidas o canceladas.

Terapia muscular—cualquier servicio realizado por masajistas, masajistas o para masajes.

Eventos nunca realizados—una lista de eventos compilados por el National Quality Forum y Medicare y definidos como eventos / condiciones notificables adversos no reembolsables que se consideran inaceptables y que se pueden prevenir de manera eminente.

Obesidad o reducción de peso—cargos por servicios y / o medicamentos de venta libre y recetados para el tratamiento de la obesidad y / o reducción de peso, excepto como se describe en el Programa de Pérdida de Peso Bariátrica.

Ortotripsia—la terapia de ondas de choque extracorpóreas no es un beneficio cubierto por el Fondo.

Implantes de pene y bombas eréctiles—los cargos incurridos por cualquier servicio o procedimiento relacionado con los implantes de pene y las bombas no estarán cubiertos por el Fondo.

Medicamentos recetados—consulte la sección Cobertura de medicamentos recetados del folleto para conocer las exclusiones y limitaciones relacionadas con los medicamentos recetados.

Registros—cargos por registros médicos, fotocopias o cargos relacionados por materiales necesarios para determinar la responsabilidad o reclamación del Fondo.

Cuidado de rutina de los pies—el Fondo no cubre ningún servicio o suministro relacionado con:

- a. Cuidado de los callos;
- b. Cuidado de las uñas de los pies;
- c. Cuidado de los pies planos;
- d. Dispositivos de apoyo del pie, como soportes de arco y / o estabilizadores pélvicos o espinales;
- e. Ortesis para uso deportivo.

Dispositivos protésicos / ortóticos—el Fondo no cubrirá los cargos por uso indebido o pérdida de dispositivos protésicos u ortóticos. Service and Maintenance Contracts—Any contract for service and/or maintenance for durable medical equipment.

Contratos de servicio y mantenimiento—cualquier contrato de servicio y / o mantenimiento para equipos médicos duraderos.

Cambio de sexo—cargos por o relacionados con el cambio de sexo o cualquier tratamiento de identidad de género.

Sexual—las reversiones de las vasectomías electivas o las ligaduras de las trompas no están cubiertas.

Abuso de sustancias y enfermedades relacionadas—atención médica o servicios para el tratamiento del abuso de sustancias o enfermedades relacionadas provocadas en su totalidad o en parte por el uso o mal uso por parte del miembro de sustancias legales o ilegales. Tampoco se realizarán pagos por la atención médica o los servicios para el tratamiento de lesiones traumáticas provocadas en su totalidad o en parte por el uso o mal uso por parte del miembro de drogas legales o ilegales.

Embarazo sustituto—cualquier servicio o cargo asociado con el embarazo sustituto.

Tatuajes—cualquier fondo o cargo relacionado con el tatuaje por cualquier motivo no será cubierto por el Fondo.

Lesiones de terceros—tratamiento, servicios y suministros para lesiones o enfermedades por los cuales, según lo determinado por el Fondo, otra parte o pagador de una parte es responsable, incluidas, entre otras, las lesiones o enfermedades relacionadas con el empleo; cobertura de pagos médicos para automóviles; seguro de responsabilidad civil, ya sea proporcionado sobre la base de culpa o no culpa; y cualquier beneficio médico o hospitalario pagado o pagadero según o proporcionado de conformidad con cualquier ley o programa estatal o federal. El Fondo tampoco pagará el tratamiento, los servicios y los suministros requeridos por los programas escolares, los programas ordenados por el gobierno federal, Medicare, los exámenes físicos para el empleo, las pruebas y los exámenes solicitados o dirigidos por un tribunal de justicia.

Si los beneficios son pagados o proporcionados por el Fondo siempre que se aplique esta exclusión, el Fondo se reserva todos los derechos para recuperar el valor razonable de dichos beneficios, según lo dispuesto en el Folleto del Fondo bajo los términos “Derecho de reembolso” en la página 34.

TMJ—la disfunción de la articulación temporomandibular y los procedimientos relacionados con el nombre, el diagnóstico y / o el tratamiento, incluso cuando se considere médicamente necesario, están cubiertos únicamente por el Beneficio de atención dental opcional.

Servicios médicos relacionados con viajes—servicios médicos e inmunizaciones para cumplir con los requisitos para viajes internacionales.

Viajes y alojamiento—los gastos de viaje y alojamiento incurridos como resultado de la obtención de un tratamiento para una afección médica no son beneficios cubiertos.

Procedimientos médicos / tratamiento no comprobados—cualquier procedimiento médico o medicamento que cumpla con cualquiera de los siguientes requisitos:

- f. No es consistente con los estándares de buena práctica médica en los Estados Unidos, como lo demuestra el respaldo de las directrices nacionales (como las preparadas por los NIH y / o NCCN);
- g. En estudio en ensayos clínicos distintos de los ensayos clínicos que cumplen con los criterios establecidos por la ley federal;
- h. Supera (en alcance, duración o intensidad) el nivel de atención que se necesita; o
- i. Se dan principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, la familia o el proveedor.

Visión—refracciones oculares, anteojos, lentes de contacto o la adaptación de dichos artículos o ejercicios para los ojos, y cargos por cirugía ocular para corregir errores de refracción, incluidos, entre otros, queratotomía radial (RK), queratotomía refractiva con foto (PRK) La keratoplastia lamelar automatizada (ALK, por sus siglas en inglés), Lasik o cualquier

cirugía refractiva de kerato relacionada para corregir los errores de refracción están excluidas del Fondo. Consulte la sección de cobertura de Vision Care de este Fondo para conocer los servicios cubiertos.

Vitaminas—vitaminas y / o suplementos nutricionales de venta libre.

Exposición voluntaria al peligro—una renuncia oral o escrita que pretende liberar o proteger a un tercero de la responsabilidad de la parte liberadora, incluida una liberación ejecutada en nombre de un menor por el padre o tutor, por una lesión o enfermedad sufrida por la parte liberadora. eximirá completamente al Fondo de cualquier y toda responsabilidad u obligación que de lo contrario pueda tener con los miembros cubiertos que proporcionan la exención. Más particularmente, la renuncia deberá aliviar las obligaciones del Fondo con respecto a la cobertura de los cargos por enfermedad, lesión o tratamiento que tengan alguna relación causal con: los actos u omisiones del tercero, o la participación de la parte liberadora en la actividad exceptuando las exenciones establecidas para permitir la participación en actividades patrocinadas por entidades públicas o entidades religiosas.

Las renunciaciones afectadas por esta exclusión se usan a menudo antes de permitir la participación en una actividad o deporte para fines recreativos, de competencia, de entretenimiento o monetarios que impliquen un peligro inherente. El peligro inherente generalmente se encuentra, pero no se limita a, actividades que involucran velocidad, altura, esfuerzo físico, equipo especializado y trucos que involucran variables intrínsecas incontrolables, junto con una pronunciada toma de riesgos que permite y alienta la creatividad individual en la innovación de nuevas maniobras y La ejecución con estilo de las técnicas existentes que requieren control de riesgo. Estas actividades a menudo se llaman o se consideran tan extremas como en el caso de los “deportes extremos”. Los siguientes son algunos ejemplos, pero no todos, de actividades intrínsecamente peligrosas:

Salto base; lucha de toros, monta de toros y corridas de toros; salto en bungee; carreras de aguas bravas; motocross ala delta; desorden carrera de obstáculos extrema carrera; parapente conducción de autos de carrera; rapel escalada de roca; el skateboarding competitivo; paracaidismo Carreras de BMX de calle competitivas; escalada de pared sin equipo de seguridad; forro de cremallera; cuerda apretada caminando.

Independientemente de si se usa o no una exención, el Fondo no cubre las lesiones derivadas de la participación en estas actividades intrínsecamente peligrosas.

Guerra—cualquier servicio de salud recibido como resultado de la guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado o causado durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país. Esta exclusión se extiende a los servicios para el tratamiento de discapacidades relacionadas con el servicio militar cuando tiene derecho legal a otra cobertura.

Rehabilitación laboral—programas de fortalecimiento laboral o terapia orientada al rendimiento que utiliza un avance gradual y secuencial de actividades que simulan situaciones de trabajo, ergonomía de tareas y mecanismos corporales adecuados para rehabilitar a los pacientes y regresar al trabajo.

Relacionado con el trabajo—lesiones y enfermedades que surjan de o en el curso de cualquier empleo para compensación o ganancia, incluso si la cobertura bajo la compensación del trabajador o una legislación similar es opcional y el miembro elige no elegir dicha cobertura. Los exámenes físicos médicos u otros servicios médicos requeridos por un empleador para que un empleado mantenga su estado de empleo están excluidos de la cobertura y están excluidos del pago en virtud de la parte de Beneficios Preventivos del Fondo.

TENGA EN CUENTA: que las complicaciones médicas que se producen como resultado de recibir servicios excluidos bajo el Fondo, que incluyen, entre otros, cirugías, procedimientos o medicamentos, no están cubiertas por el Fondo. Para otras disposiciones de políticas, explicación de servicios y limitaciones, consulte Definiciones, Sección 8, página <OV>.

Circunstancias que pueden resultar en la reducción o pérdida de beneficios:

- Coordinación de beneficios cuando una persona cubierta está inscrita en más de un plan y este Fondo no es el plan primario
- Subrogación, reembolso y derechos de recuperación de terceros del Fondo.
- Reducciones en el uso de cuartos de hospital privados.
- Reducciones para ciertos procedimientos quirúrgicos múltiples.
- Las reducciones por cargos que excedan los permisos habituales y habituales o las tarifas negociadas permitidas.
- Las reducciones y / o denegaciones de servicios que no son médicamente necesarios o generalmente aceptados como inapropiados y / o se consideran como uso excesivo.
- Denegación de servicios para cualquier persona que reside actualmente fuera de los Estados Unidos o Canadá, excepto para servicios de emergencia.
- Negación para cualquier persona que ya esté cubierta por el Fondo como empleado o dependiente de otro miembro (sin cobertura dual).
- Reducción y / o negación de cualquier persona que esté sirviendo activamente en las fuerzas armadas de cualquier país.
- Denegación de servicios, tratamientos, medicamentos y suministros que están excluidos bajo el Fondo.
- Una persona cubierta que no proporcione la documentación solicitada, como un formulario de reclamo de accidente, consulta de cobertura múltiple, certificado de aceptación de las disposiciones del plan, accidente de 2 páginas y cuestionario sobre lesiones, etc.
- Los servicios deben realizarse en un centro acreditado, con licencia y certificado para el tratamiento recibido.
- Para los Miembros cubiertos que se niegan a comprar los beneficios médicos y hospitalarios mínimos de su cobertura de seguro de automóvil, de conformidad con el Código de Arkansas. § 23-89-202 (1), el Fondo se coordinará como si el miembro cubierto hubiera adquirido esta cobertura.

Sección 3: Beneficios de medicamentos

Programa de cobertura de medicamentos recetados o de tarjeta de medicamentos recetados

Cobertura general

Cargos por medicamentos recetados—el Fondo proporcionará cobertura para medicamentos y medicamentos que solo se pueden obtener con la receta escrita de un médico, excepto como se define en Limitaciones de cantidad de tarjeta de medicamento.

Las tarjetas de Prescripción / Identificación médica deben entregarse dentro de los 30 días a partir de la fecha en que el Fondo haya recibido y procesado su documento de inscripción.

Las reglas de coordinación de beneficios no se aplican al Programa de tarjeta de medicamentos recetados.

Los miembros del programa del Fondo recibirán una tarjeta de identificación médica / de medicamentos que se puede usar en la mayoría de las farmacias para los cargos de medicamentos recetados. Los copagos de los miembros se describen a continuación (por suministro de 30 días).

Medicamentos Genéricos	Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca no preferidos	Medicamentos especiales	
			Costo del medicamento < \$1,000 / 30 días	Costo del medicamento > \$1,000/30 días
\$10.00	\$30.00	\$50.00	\$100.00	\$200.00

Para ubicar una farmacia de OptumRx, vaya a www.optumrx.com, ingrese su dirección o código postal.

Los Miembros del Fondo tienen acceso a la herramienta de prescripción en línea de OptumRx en www.optumrx.com. En este sitio, puede comparar los costos de los medicamentos en las farmacias locales y ver los ahorros entre los medicamentos genéricos y de marca. Si tiene alguna pregunta sobre su plan de medicamentos recetados, no dude en comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de OptumRx al 855-253-0846.

A partir del 1 de enero de 2016, el Programa de tarjeta de medicamentos recetados ya no cubrirá los siguientes productos:

- Prescription strength and over-the-counter (OTC) gastric acid reducers/ulcer medications, such as Nexium and Prilosec.
- Antihistamínicos de prescripción y de venta libre (OTC), como Allegra o Claritin.
- Esteroides nasales de venta con receta y de venta libre (OTC), como Flonase o Nasacort.

Estos medicamentos están ampliamente disponibles en el mostrador. Los miembros serán responsables del 100 por ciento del costo de estos medicamentos.

Marcas con un genérico disponible—el Fondo aplica una Política genérica obligatoria para los medicamentos de marca que están disponibles genéricamente. En el caso de que se elija un medicamento de marca para el que exista un genérico, el miembro pagará su copago genérico MÁS la diferencia en el costo entre el grug genérico y el de marca. Se alienta a los miembros a elegir medicamentos genéricos, cuando sea posible, para reducir los costos de desembolso.

Recetas cubiertas—los medicamentos inyectables y no inyectables que requieren una receta, excepto los excluidos específicamente, se consideran cubiertos.

Monitoreo de glucosa en sangre—los medidores de glucosa en sangre permiten que los miembros con diabetes se conviertan en participantes activos en el manejo de su diabetes al permitirles detectar y tratar cambios en el azúcar en la sangre. En

un esfuerzo por ayudar a los miembros a controlar su diabetes de manera efectiva, el Fondo les permite a los miembros con diabetes recibir un medidor de glucosa en sangre gratuito por año sin cargo.

Los siguientes medidores de glucosa en sangre Accu-Chek y OneTouch están actualmente disponibles:

LifeScan Inc., a Johnson & Johnson company	Rouche Diagnostics
ONETOUCH® UltraMini™ Meter	ACCU-CHEK® Aviva system
ONETOUCH® Ultra®2 Meter	

Suministros diabéticos gratuitos—puede recibir sus tiras de glucosa en la sangre y lancetas en su farmacia local. Estos suministros están disponibles por un copago de \$ 0 cuando se compran dentro de los 100 días de su insulina o medicamento para la diabetes. La farmacia debe procesar la receta de su insulina o medicamento para la diabetes antes de procesar los suministros.

Programa para dejar de fumar—el Fondo reconoce los beneficios de un ambiente libre de tabaco y, por lo tanto, apoyará los esfuerzos de sus miembros en la interrupción del consumo de tabaco. El Programa del Fondo para Dejar de Tabaco está diseñado para ayudar a los miembros en sus esfuerzos por discontinuar el consumo de tabaco al proporcionar acceso a medicamentos específicos diseñados para disminuir la dependencia de la nicotina.

Cómo funciona el programa para dejar de fumar—los miembros que deseen interrumpir su consumo de tabaco y participar en este programa deben obtener las recetas apropiadas de su médico. Estos medicamentos se cubrirán con un copago de \$ 0; Para socios > 18 años de edad. Límite anual: 2 ciclos de tratamiento (12 semanas / ciclo) de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Reforma de Salud).

Cambios importantes en los fondos relacionados con la Affordable Care Act (Reforma de Salud)

A partir del 1 de enero de 2015, los gastos de medicamentos recetados se aplicaron a un desembolso máximo de medicamentos recetados por separado. Es importante saber que este máximo de desembolso es independiente del principal máximo de desembolso de gastos médicos y solo se aplica a los medicamentos recetados que están cubiertos por el Fondo.

Límite de pérdidas o máximo de bolsillo para el beneficio de medicamentos recetados es:

- \$2,600 por Individuo
- \$5,200 por Familia

También tenga en cuenta que los gastos relacionados con los medicamentos recetados que participan en el programa de precios de referencia del Fondo se consideran excluidos de la cobertura y no se aplican al desembolso máximo.

La información importante sobre la cobertura específica de medicamentos recetados estará disponible en el sitio web del Fondo, www.arml.org.

Servicios preventivos—el Fondo brinda cobertura para las siguientes categorías de medicamentos / medicamentos “preventivos” según lo exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Estos productos estarán disponibles con un copago de \$ 0, a menos que se especifique lo contrario cuando estén acompañados por una receta de su médico. Se establecerán procesos razonables de administración médica para garantizar la frecuencia, el método, el tratamiento o la configuración apropiados para un artículo o servicio

Medicamentos/ Categorías de Medicamentos	Parámetros de cobertura
La aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares	Para socios mayores de 45 años. Cantidad límite de 100
Suplementos de hierro para niños	Para niños hasta 1 año de edad.
Fluoruros orales para niños	Para niños > 6 meses y < 6 años de edad.
Suplementos de ácido fólico	Para mujeres menores de 55 años. Cantidad límite de 100
Cese del tabaco	Para socios mayores de 18 años. Límite anual—2 ciclos de tratamiento (12 semanas / ciclo)
Vacunas de rutina para niños y adultos	Consulte Beneficios preventivos, página 13.
Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA	La cobertura está limitada a la lista personalizada del Fondo y está sujeta a cambios
Prevención del cáncer de mama	Tamoxifeno, raloxifeno
Suplementos de vitamina D	Para socios mayores de 65 años.
Reductores de colesterol (estatinas)	

Jubilados de Medicare y miembros elegibles de Medicare (MEDICARE PART B & PART D)

Los jubilados de Medicare y aquellos miembros elegibles de Medicare cuyo seguro primario es Medicare deben comprar sus suministros para diabéticos conforme a la Parte B de Medicare. Se requiere que su farmacia le facture electrónicamente a Medicare como primario y luego a MHBF / OptumRx como secundario. Si compra sus suministros para la diabetes dentro de los 100 días de su insulina o medicamento para la diabetes, tendrá un copago de \$ 0 en sus suministros.

Farmacia de pedido por correo—además de la red de farmacias minoristas tradicionales, los miembros del Fondo pueden obtener sus medicamentos a través de la farmacia de pedido por correo de MedVantx. La estructura de copago para pedidos por correo es la misma que para el comercio minorista. Se puede obtener información e instrucciones sobre cómo utilizar la farmacia de pedidos por correo llamando a **MedVantx al 866-744-0621** o visitando **www.MedVantxRx.com**. La estructura de copago estándar del Fondo se aplicará a cada suministro de medicamentos para 30 días que se obtenga a través de la farmacia de servicio por correo. Se puede obtener un suministro máximo de medicamentos de 90 días a través de la farmacia de servicio por correo, sin embargo, se cobrará un copago por cada suministro de un mes.

Farmacia especializada—los medicamentos muy caros (muchos de los cuales son inyectables) están cubiertos por el beneficio de la tarjeta de medicamentos recetados. Sin embargo, debido al costo extremo de estos productos, serán cubiertos por un proveedor de farmacias especializadas, Allcare Specialty Pharmacy. El programa de medicamentos recetados basado en evidencia (EBRx) en la UAMS deberá contactarse para obtener una autorización previa llamando al (833) 339-8401. Si se aprueba, la autorización se remitirá a Allcare Specialty Pharmacy. Luego se contactará al miembro o al médico para coordinar el envío del medicamento.

Al miembro también se le proporcionarán instrucciones sobre cómo obtener resurtidos posteriores, cuando los recetados sean recetados por el médico. Los medicamentos especializados se limitan a un máximo de 30 días por receta.

La lista de medicamentos especializados está disponible en www.optumrx.com.

Allcare Specialty Pharmacy (resurtido): 855-780-5500

Copago de farmacia especializada—si el costo total del medicamento es entre \$ 0.01 y \$ 1,000, el miembro será responsable de un copago de \$ 100; Si el costo total del medicamento supera los \$ 1,000, el miembro será responsable del copago de \$ 200.

Programas de Manejo de Terapia de Drogas

En un esfuerzo por asegurar que la cobertura de medicamentos recetados siga siendo asequible para los miembros del Fondo, es necesario emplear una variedad de Programas de Administración de Terapia de Medicamentos para medicamentos cubiertos. Estos programas ayudan a reducir el uso inseguro y el desperdicio de medicamentos costosos, además de fomentar una terapia con medicamentos rentable. A continuación se proporcionan breves descripciones de estos programas.

Pautas de dosificación / limitaciones de cantidad

El Fondo emplea pautas de dosificación o límites de cantidad para garantizar el uso seguro y eficaz de los medicamentos. Estas pautas son consistentes con las etiquetas aprobadas por la FDA y limitan la cantidad de un medicamento en particular que se puede dispensar (1) por receta, (2) por día o (3) por plazo. La lista de medicamentos administrados por límites de cantidad está disponible en www.arml.org.

NOTA: Los medicamentos pueden agregarse a la lista de límite de cantidad del Fondo durante todo el año sin previo aviso.

Paso / Terapia Contingente

La terapia escalonada está diseñada para administrar la terapia con medicamentos en una forma “escalonada” que es consistente con las pautas de tratamiento establecidas. La terapia escalonada también promueve una terapia con medicamentos rentable, donde sea apropiado, donde se prueban los medicamentos más rentables antes de que se puedan usar otras terapias más caras. Es importante comprender que la terapia escalonada no promueve ni requiere el uso de productos farmacéuticos inferiores y no se basa únicamente en el costo. En muchas situaciones, los medicamentos más nuevos y más promocionados carecen de evidencia documentada de que son mejores que los medicamentos más antiguos y menos costosos. Por lo tanto, la Terapia escalonada puede permitir que los medicamentos del “paso 2” se cubran dependiendo de (1) el uso previo de un medicamento del “paso 1” o (2) la presencia o ausencia de un diagnóstico o circunstancia particular. En www.arml.org se proporciona una lista de las categorías de medicamentos / drogas afectadas por la terapia escalonada y que, por lo tanto, requieren autorización previa.

NOTA: Los medicamentos pueden agregarse a la lista de Terapia escalonada del Fondo durante todo el año sin previo aviso.

Precio de referencia

Los precios de referencia se aplican a las clases de medicamentos donde existe poca o ninguna diferencia clínica entre los medicamentos de la clase, pero existen diferencias significativas en el costo. Sobre la base de la evidencia clínica publicada, el Fondo seleccionará el medicamento de referencia o el mejor en su clase para cada clase de medicamento involucrada en el Precio de referencia. El monto pagado por el Fondo por tableta o cápsula para el Medicamento de referencia será el monto que el Fondo pagará por todos los demás medicamentos de la misma clase. El miembro podrá obtener una receta para el medicamento de referencia por el monto estándar de copago del Fondo. Para todos los demás medicamentos en la misma categoría, el miembro pagará la diferencia entre el costo total del medicamento que se está dispensando y el costo del medicamento de referencia. Este copago puede ser sustancial. Los gastos de medicamentos recetados relacionados con el programa de precios de referencia del Fondo no se aplican al desembolso máximo.

Se alienta a los miembros a que le pidan a su médico un medicamento de referencia cuando sea apropiado para ahorrar dinero. Una lista de medicamentos incluidos en el programa de precios de referencia está disponible en www.arml.org.

NOTA: Las categorías de medicamentos y medicamentos pueden agregarse a la lista de precios de referencia del Fondo durante todo el año sin previo aviso.

Previa autorización

Para garantizar el uso adecuado de los medicamentos, a veces es necesaria una autorización previa para ciertos medicamentos. Se considerará la cobertura de los medicamentos que figuran en la lista de autorización previa del Fondo. Su médico debe comunicarse con EBRx (UAMS) al (833) 339-8401 para solicitar y comenzar el proceso de autorización previa. Una lista de medicamentos que requieren autorización previa se encuentra en www.arml.org.

NOTA: las categorías de medicamentos y medicamentos pueden agregarse a la lista de Autorización previa del Fondo durante todo el año sin previo aviso.

Asistencia del proveedor

EBRx administrará la administración de autorización previa para medicamentos seleccionados y responderá las preguntas de los proveedores (médicos y farmacéuticos) sobre estos medicamentos. El horario de atención del centro de llamadas de EBRx es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CST.

Asistencia a Miembros

Los miembros que tengan preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados del Fondo deben llamar al centro de llamadas de OptumRx al 855-253-0846 disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Exclusiones de tarjetas de medicamentos

En un esfuerzo por mantener los beneficios de salud asequibles para los miembros, es imperativo que brindemos cobertura para los productos más rentables para la gama de afecciones tratables. Además, hemos incorporado un proceso basado en la evidencia en la evaluación de terapias con medicamentos que reembolsará el Fondo. Como resultado de este proceso, hay muchos medicamentos que el Fondo excluirá de la cobertura. La lista de productos o categorías de medicamentos excluidos de la cobertura se encuentra en www.arml.org.

Nuevas drogas entrando al Mercado

Todos los medicamentos nuevos que ingresen al mercado serán excluidos automáticamente de la cobertura. Estos medicamentos permanecerán excluidos hasta que sean evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica EBRx. Si este comité, compuesto por médicos y farmacéuticos en ejercicio, determina que un producto debe estar cubierto, se trasladará al nivel de copago preferido o no preferido en el formulario. De lo contrario, quedará excluido de la cobertura.

Cobertura de medicamentos recetados para miembros y sus dependientes que tienen Medicare como su cobertura principal

El Fondo proporciona un beneficio para complementar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Se requiere la inscripción en la cobertura de la Parte D de Medicare para ser elegible para este suplemento de beneficios.

El suplemento paga los beneficios de los costos de desembolso de los gastos elegibles según la Parte D de Medicare que también son elegibles según las disposiciones de la cobertura de medicamentos recetados del Fondo para empleados y dependientes. Su costo de desembolso para estos gastos, después de los beneficios combinados, no es más que los copagos del Fondo.

Pasos para recibir los beneficios de la Parte D de Medicare

- Inscríbase en un plan de la Parte D de Medicare que seleccione y pague la prima mensual;
- Indique al farmacéutico que envíe el gasto de medicamentos recetados a su Plan D de Medicare como el proveedor principal y luego lo envíe a OptumRx como el proveedor secundario;
- Usted paga solo los copagos del Fondo por ese medicamento.

NOTA IMPORTANTE:

Si la farmacia no puede coordinar los beneficios, envíe un Formulario de reclamo de medicamentos recetados (disponible en www.arml.org) a:

OptumRx
Patient Reimbursement
PO Box 29044
Hot Springs, AR 71903

Adjunte copias de los recibos de recetas que muestren la siguiente información:

Nombre y dirección de la farmacia, Nombre del paciente, Número de receta, Fecha de llenado, Nombre y fuerza del medicamento, Suministro de cantidades y días, Costo del medicamento y el monto pagado. Por favor, espere 4-6 semanas para su procesamiento.

El estado de estas reclamaciones se puede obtener llamando al Centro de llamadas de OptumRx al 855-253-0846.

Sección 4: Beneficios opcionales

Beneficios opcionales

Un Empleador miembro puede elegir de la siguiente lista de beneficios opcionales.

Beneficios dentales

Beneficios a pagar: los beneficios dentales se pagan si un miembro cubierto incurre en gastos dentales y ha cumplido con el deducible del año calendario dental de \$ 50 para el año en que se incurre en los gastos. Los beneficios se pagan en una cantidad igual al Porcentaje cubierto correspondiente de dichos gastos según lo establecido en el Programa de Beneficios. Sin embargo, el monto total pagadero por todos los Cargos dentales cubiertos incurridos por un miembro cubierto durante un año calendario no excederá el máximo anual de \$ 1,200 a menos que se defina lo contrario en el Programa de beneficios.

Cobertura de atención dental máxima y deducible

Deducible del año del calendario dental (cubre todos los servicios a continuación)	Anual	\$50
Procedimientos dentales	Anual	\$1200
Ortodoncia	Por Vida	\$1000
Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)	Anual	\$1000

Coseguro individual

Después del deducible del año calendario, el Fondo pagará los siguientes porcentajes hasta los máximos anuales:

- Proveedores de PPO en el estado o fuera del estado: el 80% de los Fondos se admiten y se permiten habitualmente para los servicios de PPO
- Proveedores no PPO en el estado o fuera del estado: 50% de los Fondos Permisibles habituales y habituales para servicios que no son PPO

Cargos dentales cubiertos—incluya solo los cargos por servicios y suministros dentales razonables y necesarios, tal como se describe a continuación, recibidos por un miembro cubierto directamente a causa del tratamiento dental requerido por una enfermedad dental o defecto en los dientes y que no exceda lo habitual y habitual del Fondo. Cargos por los servicios y suministros suministrados:

- Exámenes orales, incluida la profilaxis, pero no más de dos exámenes en un año calendario.
- Aplicación tópica de sodio o fluoruro de estaño y la aplicación de selladores.
- Radiografías dentales.
- Rellenos, extracciones, mantenedores de espacio, y cirugía oral.
- Anestésicos administrados en conexión con servicios dentales cubiertos.
- Inyección de antibióticos por el dentista a cargo.
- Tratamiento de enfermedades periodontales y otras de las encías y tejidos de la boca.
- Tratamiento endodóntico, incluyendo terapia de endodoncia.
- Reparación o cementación de coronas, inlays, trabajo de puentes o revestimiento o reparación de dentaduras postizas.
- Instalación inicial (incluidos los ajustes para el período de seis meses después de la instalación) de prótesis removibles parciales o completas para reemplazar uno o más dientes naturales extraídos mientras están cubiertos por estas disposiciones.
- Dentaduras nuevas o puentes:
Dos años después de la fecha de vigencia de los beneficios del miembro cubierto, el Fondo cubrirá una nueva

dentadura postiza o un nuevo puente, incluidas las coronas y las incrustaciones que forman los pilares para el reemplazo de dientes que reemplaza una (s) dentadura (s) parcial (s) totalmente removible o existente puente; o el Fondo cubrirá la adición de dientes a una prótesis removible parcial o puente existente para reemplazar los dientes naturales extraídos, pero solo si se presenta evidencia satisfactoria para el Fondo de que:

- a. La prótesis o puente existente no se puede reparar y se instaló al menos cinco años antes de su reemplazo; o
 - b. La prótesis existente es una prótesis temporal inmediata y se requiere el reemplazo por una prótesis permanente y se realiza dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de instalación de la prótesis inmediata; o
 - c. Se requiere el reemplazo o la adición de dientes para reemplazar uno o más dientes naturales adicionales, extraídos mientras están cubiertos por estas disposiciones y después de que se instaló el trabajo de prótesis o puente existente.
- Inlays, empastes de oro, coronas (incluyendo accesorios de precisión para prótesis dentales), y la instalación inicial de puentes fijos (incluyendo inlays y coronas para formar pilares) para reemplazar uno o más dientes naturales extraídos mientras están cubiertos por estas disposiciones.
 - Tratamiento de ortodoncia, incluida la corrección de la maloclusión. Sin embargo, el monto total de los beneficios pagaderos por todos los gastos incurridos no excederá el beneficio máximo de \$ 1,000, incluso si se requiere como parte de un procedimiento médico. Los beneficios de ortodoncia no se pagan conforme a las disposiciones de la ATM del Fondo.
 - Disfunciones de la articulación temporomandibular (TMJ): el pago por los servicios para el tratamiento de la ATM se limita a \$ 1,000 por año calendario. El límite de año calendario incluirá servicios para el dolor facial o articular relacionado con disfunción de la articulación temporomandibular. Este límite se aplica a los servicios de TMJ, incluso si el tratamiento está relacionado con una afección médica y está cubierto solo por el beneficio dental. Los beneficios de la ATM no se pagan según las disposiciones de ortodoncia del Fondo.

Exclusiones dentales

No se pagan beneficios por los cargos que un miembro cubierto no está obligado a pagar o que no se realizarían si los beneficios no existieran o por los gastos incurridos:

- A causa de o en conexión con:
 - d. El reemplazo de un dispositivo protésico perdido o robado.
 - e. Cargos realizados por un proveedor que no es un dentista, ni cargos por un tratamiento que no sea un dentista, una excepción de una profilaxis, que también se puede realizar un higienista dental con una licencia que trabaja bajo la supervisión de un dentista.
 - f. Incurrido debido a una condición médica.
 - g. Servicios prestados en un hospital o ambulatorio.
 - h. Dispositivos protésicos (incluidos puentes, coronas y electrodomésticos) y la adaptación de los mismos que se ordenó para un individuo antes de que se cubra en estas disposiciones.
- Para el cuidado, tratamiento, servicios y suministros que son:
 - a. Proporcionado principalmente para fines cosméticos.
 - b. Proporcionado por alguien que es un familiar inmediato según se define en las secciones de “Definiciones” de este folleto o que normalmente residen en su hogar.

Elegibilidad—cualquier miembro de un Grupo cubierto que ofrezca beneficios de atención dental debe estar inscrito en los Beneficios Médicos Mayores de MHBFB para ser elegible.

NOTA: El Fondo no paga por el trabajo preparatorio realizado para la eventual colocación de coronas, puentes fijos y dentaduras postizas hasta que se hayan recibido y completado los servicios para la colocación.

Beneficios de cuidado de la vision

A partir del 1 de enero de 2019, los beneficios opcionales de la vista están cambiando a un nuevo programa ofrecido a través de EyeMed. Siguiendo es un resumen del beneficio:

Servicios de cuidado de la visión	Costo de miembro dentro de la red	Miembro fuera de la red reembolso hasta:
Examen (con dilatación según sea necesario)	\$30 Copago	\$40
Monturas de gafas		
Cualquier marco disponible en la ubicación del proveedor.	\$0 Copago \$100 concesión 20% de descuento de valor mas que \$100	\$50
Lentes de contacto		
La asignación de lentes de contacto solo incluye materiales.		
Conventional	\$0 Copago; \$100 concesión 15% de descuento de valor mas que \$100	\$80
Desechable	\$0 Copago; \$100 concesión Más restante más de \$ 100	\$80
Médicamente necesario	\$0 Copago, Pagado en su integridad	\$210
Lentes de plástico estándar		
Lentes monofocales	\$30 Copago	\$40
Lentes bifocales	\$30 Copago	\$60
Lentes Trifocales	\$30 Copago	\$80
Lentes lenticulares	\$30 Copago	\$100
Lentes progresivas estándar	\$85 Copago	\$60
Nivel Progresivo Premium 1	\$115 Copago	\$60
Nivel Progresivo Premium 2	\$125 Copago	\$60
Nivel Progresivo Premium 3	\$140 Copago	\$60
Nivel Progresivo Premium 4	\$205 Copago	\$60
Opciones de lentes cubiertas		
Lentes antirreflectantes estándar	\$45 Copago	\$5
Nivel Anti-reflectante Premium 1	\$57 Copago	\$5
Nivel Anti-reflectante Premium 2	\$68 Copago	\$5
Nivel Anti-reflectante Premium 3	\$85 Copago	\$5
Policarbonato estándar menor de 19 años.	\$0 Copago	\$5
Servicios adicionales de cuidado de la visión	Costo de miembro dentro de la red	
Servicios de examen con descuento		
Beneficio de la imagen retiniana	Hasta \$39	

Colocación de lentes de contacto y seguimiento

(Colocación de lentes y dos visitas de seguimiento disponibles)

Colocación y seguimiento de lentes de contacto estándar	\$40
Colocación y seguimiento de lentes de contacto premium	10% de descuento de precio de venta

Opciones de lentes con descuento

Fotocromático (plástico)	\$75
Tinte (Sólido y Gradiente)	\$15
Tratamiento UV	\$15
Revestimiento de plástico rayado estándar	\$15
Policarbonato estándar - 9 años y más	\$40

Tasa mensual:

Cobertura individual:	\$4.58
Cobertura familiar:	\$11.70

Si está interesado en agregar una nueva visión, comuníquese con el Fondo al 501-978-6137. Una vez que su grupo esté inscrito, el beneficio de la visión será administrado por EyeMed. Puede comunicarse con el servicio de atención al cliente de EyeMed llamando al 844-409-3401.

Cobertura de seguro de vida

Beneficios de seguro de vida—si se produce una muerte mientras está bajo el Fondo, la cantidad de:

Empleado	Consulte a su empleador por la cantidad
Cónyuge	\$10,000
Niño por edad al morir 2 semanas	\$0
2 semanas pero menos de 6 meses	\$200
6 meses pero menos de 19 años.	\$2,000
19 años o más	\$0

Los beneficios de vida cesan cuando finaliza la cobertura, los miembros pasan al estado de jubilación o COBRA.

Consulte a su Asesor y determine la cantidad de su Vida y Beneficios.

El pago de Recibo—de Recibo por parte del Fondo es del mismo nombre y será pagadero a usted o a su beneficiario. De lo contrario, dicha cantidad se pagará en una sola suma al patrimonio del fallecido.

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento—un certificado por separado describe sus beneficios por muerte accidental y desmembramiento garantizados por una compañía de seguros. Consulte a su empleador para la cantidad de beneficio.

Importante:

Para que los beneficios se paguen a un niño bajo el cuidado de un padre o tutor legal. Se requerirá prueba de tutela. In this instance the term Child shall include:

- El hijo natural de un empleado desde su nacimiento, menor de 19 años.
- Un empleado del niño o hijastro que está bajo la tutela legal, si dicho niño está empleado principalmente en el empleo y mantenimiento de una relación regular entre padres e hijos.
- El nieto de un empleado que se encuentra bajo tutela legal o custodia legal del empleado.

Beneficios de ingresos por discapacidad

Cobertura opcional solo para empleados de tiempo completo

Algunos empleadores tienen un beneficio de ingresos por accidentes y enfermedades que administra el Fondo Municipal de Beneficios de Salud. Beneficios de ingresos por discapacidad.

Beneficios—Beneficio semanal, cantidad máxima de semanas y primer día de beneficios. Estos beneficios se pagan si, mientras están cubiertos por, usted queda totalmente incapacitado y está totalmente incapacitado. Son médicos, no están comprometidos en ningún otro trabajo de compensación, o trabajo por cuenta propia y un médico que está totalmente discapacitado. El Fondo se reserva el derecho de solicitar una determinación de discapacidad por parte de un médico seleccionado por el Fondo. Este beneficio no es asignable.

Opción A (Beneficio de 26 semanas)	
Beneficio semanal	\$105
Primer día de beneficios por discapacidad debido a un accidente	1 ^{er} Día
Enfermedad	8 ^o Día
Número máximo de semanas a pagar	26 Semanas

Opción B (Beneficio de 52 semanas)	
Beneficio semanal	\$105
Primer día de beneficios para la discapacidad debido a un accidente.	183rd Día
Enfermedad	183rd Día
Número máximo de semanas a pagar	52 Semanas

Los beneficios semanales se pagan desde el primer día de beneficios a la tasa máxima de discapacidad. Se paga una séptima parte del Beneficio semanal por cada día del día. Los períodos sucesivos de discapacidad, separados por dos semanas consecutivas de trabajo continuo a tiempo completo con el empleador, se considerarán en el futuro. con el empleador por al menos un día completo.

Presentar una reclamación—para un miembro de un reclamante, él o ella debe comunicarse con su empleador para obtener un formulario de solicitud de ingreso por discapacidad. Los formularios solicitados deben ser presentados y recibidos por el Fondo dentro de los 180 días de la primera fecha de incapacidad. El Formulario de ingresos por discapacidad también está disponible en línea en www.arml.org/services/mhbf. Pautas de presentación oportunas para miembros activos y beneficios

Exclusiones de beneficios de ingresos por discapacidad—los pagos por discapacidad no se realizarán a menos que estén bajo el cuidado de un médico, o por cualquier otra discapacidad o lesión intencionalmente autoinfligida, o por cualquier discapacidad. De cualquier empleo para compensación o beneficio. La Disposición de Exclusiones del Hospital o Mayor los beneficios de gastos médicos también se aplicarán, en la medida en que no sean inconsistentes, a estos beneficios.

Sección 5: Red de proveedores preferidos de MHBF (PPO)

Red de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) para atención médica principal, dental opcional y oftalmológica opcional

En un esfuerzo por controlar mejor los costos y brindar un servicio de calidad, el Fondo participa en un programa de atención administrada. La atención administrada alienta a los empleados y sus dependientes a recurrir a médicos, hospitales y otros proveedores que hayan aceptado unirse a la Red de Proveedores Preferidos. El Fondo desarrolla y apoya su propia red de proveedores preferidos.

Puede elegir utilizar un proveedor de PPO o un proveedor que no sea de PPO. El Fondo pagará un beneficio mayor si elige utilizar un proveedor de PPO. Es responsabilidad del miembro preguntar si un proveedor está en la red de PPO antes de que se presten los servicios. Su tarjeta de identificación personal notificará al proveedor su membresía en el Fondo.

PPO Hospitales y proveedores de servicios odontológicos y opcionales médicos y acuerdos para el Fondo del paciente y el Fondo para el manejo y la recolección del paciente. El Directorio de proveedores, disponible en www.arml.org/services/mhbf o comuníquese con el servicio al cliente al 501-978-6137, opción 6.

Después de que el año calendario sea deducible, el Fondo pagará los siguientes porcentajes por los servicios cubiertos:

	PPO	Non-PPO
Servicios de la sala de emergencia	80% de los permisos PPO habituales y habituales del Fondo	El 80% de los permisos usuales y Habituales PPO
Proveedores de PPO (En el estado o fuera del estado)	80% de los Permisibles habituales y habituales del Fondo.	
Proveedores no PPO (En el estado o fuera del estado) (Excepto los cargos de la sala de emergencias)		50% de los permisos usuales y habituales del Fondo (consulte Cargos habituales y habituales en Definiciones)

El Fondo utilizará su red envolvente para proveedores de fuera del estado para garantizar que se les pague dentro de la red siempre que sea posible. A pesar de que un proveedor no figura en la red PPO del Fondo, puede ser parte de la red completa. Comuníquese con el Fondo al 501-978-6137 si tiene alguna pregunta con respecto a un proveedor.

Sección 6: Coordinación de Beneficios

Coordinación de Beneficios (COB)

Usted o los miembros de su familia pueden tener cobertura bajo un plan de salud. Este Fondo contiene una disposición de coordinación de beneficios que elimina la duplicación de pagos por los servicios que recibe bajo este Fondo. Los beneficios pagaderos en virtud de este Fondo para gastos médicos, dentales o de la vista; Los beneficios pagaderos en virtud del Fondo incluirán, entre otros, la cobertura provista por el seguro de viajero, auto * y propietario de vivienda. El Fondo seguirá las reglas habituales de coordinación de prestaciones.

*** Tenga en cuenta: Para las personas aseguradas que no podrán pagar los beneficios médicos y hospitalarios mínimos de su cobertura de seguro de automóvil, de conformidad con Ark. Código Ann § 23-89-202 (1), el Fondo coordinará la cobertura de esta área cubierta.**

Integración de beneficios

Integración de los beneficios se aplica cuando una persona cubierta está recibiendo enviar beneficios para gastos médicos de más de una fuente. Los beneficios pagaderos bajo este Fondo no superará el 100 por ciento de las prestaciones que correspondan Anual Cuando se combina con todos los otros planes.

Cuando Medicare paga como el plan primario (definido a continuación), primero debe presentar todos los cargos a Medicare. Recibirá una Explicación de Beneficios de Medicare (EOMB, por sus siglas en inglés) que describe su información de pago o rechazo. Esta EOMB debe acompañar cualquier reclamación presentada al Fondo para la consideración del reembolso del Fondo como Plan secundario (definido a continuación).

Para los socios cubiertos que están totalmente discapacitados o tienen 65 años de edad y son elegibles para Medicare y no solicitan Medicare de manera oportuna, el Fondo coordinará con la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare de la misma manera que si estuviera cubierto. El miembro tenía la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare y Medicare es el plan primario. Esto significa que el Fondo reembolsará solo el 20 por ciento del cargo elegible y usted será responsable del deducible y luego el 80 por ciento del cargo elegible restante.

Los copagos de la tarjeta de medicamentos recetados o del plan de atención médica administrada no se reembolsarán conforme a la disposición de Coordinación de Beneficios, excepto la Parte D de Medicare.

Los Administradores del Fondo tienen el derecho de intercambiar la información requerida para administrar esta disposición con cualquier otra parte (compañía de seguros, organización o persona) para recuperar cualquier sobrepago realizado a cualquier parte.

Cómo funciona la coordinación de beneficios (COB)

1. Así es como funciona normalmente la COB, si no hay un problema de pago de medicamentos: si más de un grupo lo cubre, las pautas de la COB determinan qué plan paga primero los servicios cubiertos.
 - A. Su plan primario es el plan que paga primero.
 - B. Su plan secundario es el que paga en segundo lugar o después de que el plan primario haya pagado.
2. Cómo determinar cuál es el plan primario y el plan secundario:
 - A. El plan que cubre al Empleado es primario, a menos que el pago por concepto de automóvil del empleado entre en juego, como en el caso de un accidente de un solo vehículo. El plan que cubre al Empleado como un Dependiente Elegible es secundario.
 - B. Si los planes de ambos, la madre y el padre, cubren al niño, el plan principal es el plan del padre cuyo mes de cumpleaños es más temprano en el año.

- C. Los beneficios para los hijos de padres divorciados o separados se determinan en el siguiente orden:
 - a. En el plan del padre, el tribunal ha establecido que el responsable financiero de la atención médica del niño paga primero (debemos ser informados de este requisito y se requerirá la documentación).
 - b. Plan del padre custodio.
 - c. Plan del nuevo cónyuge del padre custodio (si se vuelve a casar).
 - d. Plan del padre sin custodia.
 - e. Plan del nuevo cónyuge del padre sin custodia (si se vuelve a casar).

Si el plan primario no puede determinarse utilizando las pautas anteriores, entonces el plan que cubre al niño por el período más largo es primario. Si un plan médico de grupo no tiene una disposición de Coordinación de Beneficios, ese plan es primario.

Si usted o su Dependiente Elegible tiene cobertura bajo un Plan Primario que no sea el Fondo, pero no cumple con los requisitos de beneficios del Plan Primario, el reembolso del Fondo por sus reclamaciones se reducirá en un 80 por ciento. En otras palabras, el máximo que pagará el Fondo es el 20 por ciento de los Gastos permitidos para una reclamación.

Si usted o su (s) dependiente (s) elegible (s) tienen cobertura con otro emisor de atención médica que constituye un Plan primario y no cumple con los requisitos de beneficios de ese emisor para esa cobertura, entonces el Fondo no será responsable del pago de los beneficios. Tampoco el Fondo coordinará los beneficios en estos casos.

3. Pautas para determinar los planes primarios y secundarios para los beneficiarios de Medicare:
 - A. Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare es el principal para los miembros cubiertos elegibles para Medicare debido a su edad.
 - B. Si su empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare es el principal para los miembros cubiertos elegibles para Medicare debido a la discapacidad.
 - C. Si su empleador tiene más de 100 empleados, el Fondo es primario sobre Medicare para los miembros cubiertos elegibles para Medicare debido a su edad o discapacidad.
 - D. Un miembro elegible para Medicare basado únicamente en enfermedad renal en etapa terminal tiene derecho a recibir los beneficios de este Fondo como principal por un período de espera de 30 meses.
4. Gastos permitidos de COB: los gastos permitidos de COB son gastos de atención médica (incluidos el deducible, el coseguro o los copagos) cubiertos en su totalidad o en parte por el plan primario. Esto significa que un gasto o servicio no cubierto por su plan primario no es un gasto permitido bajo el Fondo.

Aviso y comprobante de reclamación

Presentación de una reclamación—todas las reclamaciones deben presentarse ante el Fondo y enviarse por correo al Fondo Municipal de Beneficios de Salud, P.O. Box 188, North Little Rock, AR 72115. Para cualquier pregunta, puede llamar al 501-978-6137. Todos los reclamos, junto con la información / documentación de respaldo deben recibirse en la oficina del Fondo o por el Fondo dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que se incurrió el reclamo, a menos que se defina lo contrario en esta sección. Tenga en cuenta que las pautas de presentación oportuna también se aplican a las reglas del pagador secundario (COB, como se describe en este folleto). Si un grupo o miembro individual finaliza la cobertura, se debe presentar cualquier reclamo de beneficios incurridos, junto con la información / documentación de respaldo, dentro de los 60 días del último día de membresía en el Fondo, o dentro de los 180 días de la fecha de servicio, lo que sea menor. Además, los proveedores que buscan apelar cualquier denegación o reducción de los pagos de beneficios deben presentar su apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de la denegación o la reducción en el pago.

El Fondo puede proporcionar formularios para facilitar una determinación de reclamaciones. Si el Fondo solicita un formulario o información complementaria, todos los formularios deben completarse y devolverse de manera oportuna (según lo define la carta o el formulario solicitante y están sujetos a las limitaciones del párrafo anterior) antes de que se realice una determinación de reclamaciones. El Miembro puede solicitar formularios para facilitar una determinación de reclamaciones.

Si no se presenta una reclamación como se requiere anteriormente, se rechazará la reclamación a menos que el Miembro pueda presentar una prueba por escrito de que no fue razonablemente posible notificar o presentar una prueba dentro del período de tiempo requerido.

No se emprenderán acciones legales contra el Fondo antes de los 90 días posteriores a la presentación de la prueba de reclamación ante el Administrador del Fondo. Si el tiempo para iniciar una acción legal es menor que el permitido por la ley de la jurisdicción en la que está domiciliado el Fondo, dicho límite se extiende al período mínimo permitido por dicha ley.

Pago de beneficios—los pagos de beneficios por gastos permitidos se le pagarán inmediatamente después de recibir el comprobante de reclamo por escrito. El Miembro es responsable de reembolsar al Fondo en la medida de cualquier sobrepago que exceda la cantidad pagadera en virtud del Fondo. Si algún beneficio permanece sin pagar al momento de su fallecimiento, o si es menor de edad o, en la opinión del Fondo, es legalmente incapaz de entregar un recibo válido y la cancelación de cualquier beneficio, el Administrador del Plan puede, a su elección, pagar todos o cualquier parte de dicho beneficio (a) a su tutor o su patrimonio, (b) a cualquier institución o individuo para la satisfacción de los cargos en que se basa el pago de dicho beneficio, o (c) a una o más personas entre los siguientes parientes: Su cónyuge, padres, hijos, hermanos o hermanas. Las obligaciones del Administrador del Plan se descargarán completamente en la medida de dicho pago, y no se requerirá que el Administrador del Plan vea la solicitud del pago.

Asignación—no se pueden asignar los beneficios que no se basan en los gastos incurridos. Sin embargo, los beneficios pagaderos a usted por gastos incurridos en relación con un período específico de incapacidad, tratamiento hospitalario, quirúrgico o médico, como resultado de una lesión o período de enfermedad de un miembro cubierto, pueden ser asignados por usted a la institución o persona que proporcione el servicios o suministros respectivos por los cuales dichos beneficios son pagaderos, de lo contrario dichos beneficios no pueden ser asignados. El Administrador del Plan no asume ninguna responsabilidad por la validez de ninguna asignación, ni será responsable bajo la asignación, hasta que, a menos que se presente una prueba satisfactoria de la asignación al Administrador antes del pago de los beneficios asignados. Cualquier pago realizado por el Administrador antes de recibir una prueba satisfactoria de asignación liberará completamente las obligaciones del Administrador en la medida de dicho pago y no se requerirá que el Administrador vea la solicitud del pago.

Pagos excesivos: Derecho de recuperación

Como se explica más detalladamente en este documento, el Fondo excluye específicamente de la cobertura cualquier enfermedad o lesión por la cual una “tercera parte” pueda ser responsable o legalmente responsable. Para este propósito, “tercero” significa una persona u organización que no sea el participante o el asegurado que sufre la pérdida. Si usted o sus dependientes reciben un pago, esperan recibir o solicitar el pago a un asegurador externo, a un seguro u otro plan de tipo para gastos médicos derivados de dicha enfermedad o lesión, no debe presentar una reclamación bajo este Fondo por dichos gastos médicos. Sin embargo, el Fondo, a su exclusivo criterio, puede proporcionar beneficios de acuerdo con los términos del Fondo, siempre que el participante acuerde, por escrito:

- Para notificar por escrito al Fondo cada vez que se realice una reclamación contra un tercero por daños como resultado de una lesión, enfermedad o afección.
- El participante o asegurado acepta notificar de inmediato al Fondo si el participante o asegurado o cualquier persona que actúe en su nombre persigue o pretende iniciar una acción contra un tercero por daños, indemnización, indemnización, seguro u otro pago de cualquier tipo relacionado con el accidente, lesión u otro evento que origine las obligaciones del Fondo de realizar gastos para o en nombre del miembro, para que el Fondo pueda proteger sus derechos de recuperación.
- No se considerará que nada en esta sección renunciará o disminuirá los derechos de reembolso, subrogación, asignación u otra recuperación disponible para el Fondo de conformidad con las leyes comunes o estatutarias aplicables.
- Que el Fondo será tratado como subrogado en la medida de los beneficios pagados y cualquier derecho de recuperación que el participante pueda tener contra un tercero.
- Como condición para recibir los beneficios del Fondo, cada participante, ex participante u otra persona que tenga interés o sea elegible bajo el Fondo (“miembro”) acepta que el Fondo se tratará como subrogado en la medida de los beneficios pagados y cualquier derecho de la recuperación que el participante puede tener contra un tercero, y que, en la implementación de dicho derecho de subrogación, el Fondo puede perseguir directamente la recuperación contra dicho tercero y puede tratar al participante (y al abogado de dicha persona) como agente del Fondo. con respecto al procesamiento de cualquier reclamo y la recuperación de cualquier monto, y que el participante ejecutará los documentos adicionales que sean necesarios para efectuar el derecho de subrogación del Fondo.
- Reembolsar al Fondo de acuerdo con estas disposiciones.

No obstante y además de lo anterior, en el caso de que reciba un pago de beneficios que exceda la cantidad que tiene derecho a recibir, el Fondo se reserva el derecho de solicitarle que devuelva el sobrepago o que reduzca cualquier pago futuro de beneficios que se le haya realizado. Sus dependientes por el monto del sobrepago. Este derecho no afecta a ningún otro derecho de recuperación con respecto a dicho sobrepago. Se le exige que produzca cualquier instrumento o documento necesario para garantizar este derecho de recuperación.

- Como condición para recibir los beneficios del Fondo, cada participante, ex participante u otra persona que tenga interés o sea elegible en virtud del Fondo (“miembro”) deberá otorgar al Fondo un derecho de reembolso y una asignación de derechos, como se describe a continuación. . Estos derechos le permiten al Fondo recuperar la cantidad que ha gastado para proporcionar los beneficios al miembro de cualquier producto que el miembro reciba de una tercera persona en relación con el accidente o lesión.
- El Fondo se negará a proporcionar al participante u otros miembros cubiertos de la familia del participante cualquier beneficio bajo el Fondo si el participante se niega a ejecutar un acuerdo que acuerda reembolsar el Fondo, no reembolsa el Fondo o no coopera para ayudar al Fondo a cobrar Reembolso del participante o de un tercero.

Derecho de reembolso

Como condición para recibir beneficios del Fondo y al recibir dichos beneficios, todos los participantes y asegurados otorgan al Fondo el derecho a recuperarse de cualquier producto, incluida cualquier forma de consideración, que el participante / asegurado reciba de un tercero, a través de un fallo, acuerdo o de otra manera en relación con el accidente, lesión u otro evento que resultó en los gastos del Fondo, dólar por dólar comenzando con el primer dólar recibido por el miembro del tercero, independientemente de cómo se caractericen o etiqueten esos ingresos (por ejemplo, pago de gastos médicos, daños por dolor y sufrimiento, daños compensatorios, daños punitivos o cualquier otro tipo de daños económicos o no económicos), por un monto equivalente a los gastos realizados por el Fondo para proporcionar beneficios al miembro.

Sin limitar los derechos del Fondo de ninguna manera, es la intención de las partes que el Fondo tenga derecho a recuperar de cualquier producto que el miembro reciba de un tercero, independientemente de cómo se caractericen o etiqueten dichos ingresos o cómo se obtengan; es decir, sentencia dictada por un tribunal, un jurado u otro tribunal judicial; Premios otorgados o alcanzados en arbitraje,

la mediación, o cualquier otra forma de resolución de disputas, ya sea que dichos premios hayan sido otorgados por la persona que decide el resultado de la resolución de disputas o por las partes en ese proceso; Acuerdo, o cualquier otro acuerdo.

Es una condición adicional para recibir beneficios bajo el Fondo que el miembro otorgue al Fondo un primer derecho de retención con respecto a cualquier producto que el miembro reciba de un tercero en relación con el accidente, lesión u otro evento que dio lugar a los fondos del Fondo. gastos, de modo que cada dólar de esas ganancias se pagará al Fondo, comenzando con el primer dólar y continuando hasta que el Fondo reciba un monto equivalente al monto que gastó para proporcionar beneficios al miembro, independientemente de cómo el pago está etiquetado o caracterizado, independientemente de cualquier supuesta asignación o desglose de dicha recuperación a tipos específicos de lesiones, e independientemente de la lesión o pérdida resuelta ostensiblemente por el pago o la causa aparente o el incentivo de dicho pago. Si la recuperación es por daños que no sean por gastos de atención médica o dental, como dolor y sufrimiento, el participante deberá reembolsar primero los beneficios pagados por el Fondo. El derecho de reembolso del Fondo se aplicará al primer dólar recuperado del tercero, antes de los honorarios de los abogados e incluso si la recuperación es inferior a la cantidad necesaria para reembolsar al participante por completo. El derecho de reembolso del Fondo se aplicará a todos los montos recibidos de o en nombre de un tercero, ya sea directa o indirectamente, incluidos, sin limitación, los pagos a una cuenta o fideicomiso en nombre del participante.

Por la presente, las partes niegan específicamente y renuncian a la doctrina “completa” o cualquier otro principio de ley que requiera que el miembro sea compensado en su totalidad antes de que se realice el pago al Fondo de conformidad con su Derecho de reembolso o cualquiera de sus otros derechos de recuperación, ya sea contractual, legal, o equitativo.

En el caso de que un participante o asegurado no proporcione un reembolso al Fondo conforme a estas disposiciones dentro de un período de tiempo razonable después de recibir los ingresos (incluida cualquier forma de consideración) de un tercero, el Fondo se reserva el derecho de compensar los pagos futuros ao en nombre del participante u otros miembros cubiertos de la familia del participante para cobrar un reembolso, hasta que se haya reembolsado completamente por los gastos que ha realizado.

En el caso de que un tribunal de jurisdicción competente determine que cualquier parte del derecho anterior a reembolso no se pueda hacer cumplir por cualquier motivo, la intención de las partes es que el Fondo retenga todos los derechos previstos en aquellas partes que siguen siendo ejecutables, incluso sin limitación. el derecho del Fondo a recuperar los gastos que ha realizado para proporcionar beneficios al miembro, en la medida en que cualquier porción de los ingresos pagados al miembro por un tercero se designe como compensación por gastos médicos o por otros gastos pagados por el Fondo para o en nombre del miembro, o que estén destinados como, o puedan atribuirse razonablemente, a la compensación por gastos médicos u otros gastos pagados por el Fondo, aunque no estén expresamente designados como tales, cuya determinación se hará a la entera discreción de Financiar.

Para obtener el reembolso, el Fondo tomará las medidas que la Junta de Fideicomisarios, a su discreción, considere que servirían mejor al Fondo. El Fondo puede intentar que cualquier pago por parte de un tercero sea pagadero al Fondo en lugar de, o además de, el participante o sus cesionarios o representantes.

Asignación de derechos

Además de proporcionar el derecho de reembolso descrito anteriormente, y como condición adicional para recibir los beneficios del Fondo, el miembro asignará al Fondo todos y cada uno de los derechos para iniciar una acción o reclamación contra cualquier tercero en relación con el accidente, lesión u otro evento que dio lugar a los gastos del Fondo. Si el Fondo persigue cualquier acción o reclamación, el miembro cooperará y asistirá al Fondo y se le prohibirá tomar cualquier acción que perjudique los derechos del Fondo o disminuya de cualquier manera sus posibilidades de recuperación.

Además, el participante debe ejecutar un gravamen a favor del Fondo por el monto al que tiene derecho el Fondo. Sin embargo, incluso si el participante o el asegurado no le otorgan al Fondo un derecho de retención, el participante es responsable ante el Fondo del reembolso conforme a estas disposiciones.:

- Para garantizar que cualquier monto recibido de o en nombre de un tercero se mantenga separado y no se mezcle con ningún otro fondo.
- Para notificar al Fondo en un plazo de 10 días después de recibir cualquier recuperación de o en nombre de un tercero.

NOTA: Las disposiciones anteriores no tienen la intención y no se considerarán como una renuncia al derecho del Fondo a negar la cobertura de cualquier enfermedad o lesión por la cual un tercero pueda ser responsable o legalmente responsable, como se mencionó anteriormente, o por cualquier otra enfermedad. o lesión que esté excluida bajo los términos del Fondo. En ningún caso se considerará que el lenguaje anterior confiere a un participante u otros miembros cubiertos de la familia de un participante el derecho a recibir cobertura para reclamaciones que están específicamente excluidas en el Fondo.

Además, a pesar de las disposiciones anteriores, el Fondo se reserva el derecho de solicitar el reembolso de cualquiera y todos los pagos en exceso que pueda realizar, entre otras cosas, compensando los pagos futuros ao en nombre del participante u otros miembros cubiertos de la familia del participante, hasta que ha sido totalmente reembolsado por los gastos realizados.

Sección 7: Apelaciones

Revisiones de reclamaciones y procedimiento de apelación

Cómo obtener ayuda con su reclamo de beneficios

Si tiene alguna pregunta sobre el pago de su reclamo o cómo funciona el Fondo, le recomendamos que llame y visite a un representante de atención al cliente del Fondo Municipal de Beneficios de Salud al **501-978-6137, Opción 4**.

En general, la denegación de una reclamación de beneficios se explicará por escrito y establecerá una razón específica para la denegación. La explicación también puede proporcionar una descripción de la información adicional que se le podría solicitar para que reconsidere su reclamo y una explicación de por qué es necesaria. Si una reclamación o pregunta de beneficio no se puede resolver a través del Servicio al Cliente, se puede resolver a través de un procedimiento de apelaciones como se establece a continuación.

Procedimientos de reclamos y apelaciones en general

Los procesos de reclamos y apelaciones se rigen por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA), así como los reglamentos pertinentes a la Ley. Como tal, la ley federal requiere que el Fondo utilice procedimientos razonables con respecto a las solicitudes, también conocidas como reclamaciones, para un beneficio o beneficios del plan. Los procedimientos de reclamos abordan la presentación de reclamos, la notificación de determinaciones de beneficios y las apelaciones de determinaciones de beneficios y también tratan los requisitos de autorización previa, las revisiones de utilización y los plazos correspondientes. Estos requisitos y procedimientos se exponen con más detalle en las **secciones Reclamaciones internas y Revisión de apelaciones y en la Revisión independiente de reclamaciones externas** que se encuentran a continuación.

Apelaciones del proveedor:

Los proveedores que buscan apelar cualquier denegación o reducción en los pagos de beneficios no están regidos por el PPACA, pero deben presentar su apelación dentro de los 60 días posteriores a la denegación o reducción en el pago.

Apelación interna por escrito—dentro de los 60 días de haber recibido un aviso de denegación de reclamaciones, escriba al Equipo de Revisión de Reclamaciones, en el Fondo Municipal de Beneficios de Salud, P.O. Box 188, North Little Rock, AR 72115. En su solicitud de revisión de la denegación, indique específicamente por qué cree que la denegación fue incorrecta.

Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, un Representante del Equipo de Revisión de Reclamaciones le responderá por escrito con una determinación con respecto a su apelación. Si se rechaza su reclamo, la respuesta hará referencia a la disposición del Fondo en la que se basó el rechazo y le proporcionará una explicación de las apelaciones adicionales que puede presentar. Si el Fondo necesita tiempo para investigar los hechos, se lo notificará.

Apelaciones de miembros:

Antes de presentar una demanda, debe agotar sus derechos administrativos y recursos

El Fondo requiere que, como condición previa a todos los beneficios, términos y condiciones de este contrato, un miembro empleador y sus miembros empleados deben agotar todos sus recursos administrativos, incluidos, entre otros, los procedimientos de reclamos, los procedimientos de revisión interna, incluida la revisión por parte de la Junta de Fideicomisarios y, en la medida en que esté disponible, los procesos de revisión externa federal, antes de que se inicie cualquier acción legal en un tribunal.

Sus derechos y responsabilidades se detallan en detalle en las secciones de Revisión interna y externa; sin embargo, la “Primera apelación interna por escrito” y la “Apelación final por escrito interna” inmediatamente después de este párrafo ofrecen una descripción simplificada y no exhaustiva del proceso de revisión interna. Se puede encontrar más información en particular en las secciones Reclamaciones internas y Revisión de apelaciones y en las Secciones independientes de Revisión de reclamaciones que se encuentran a continuación.

Primera apelación interna por escrito—dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de denegación de reclamaciones, escriba al Equipo de Revisión de Reclamaciones, en el Municipal Health Benefits Fund, P.O. Box 188, North Little Rock, AR 72115. En su solicitud de revisión de la denegación, indique específicamente por qué cree que la denegación fue incorrecta.

Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, el Representante del Equipo de Revisión de Reclamaciones le responderá por escrito con una determinación con respecto a su apelación. Si se niega su reclamación, la respuesta se referirá a la disposición del Fondo en la que se basó la denegación y le proporcionará una explicación de las apelaciones adicionales que puede presentar. Si el Fondo necesita tiempo para investigar los hechos, se lo notificará.

Apelación final interna por escrito—si la decisión fue tomada por la Junta de Fideicomisarios para el Fondo Municipal de Beneficios de Salud dentro de los 60 días de haber recibido una notificación de rechazo del Equipo de Revisión de Reclamaciones. Para hacerlo, escriba al Administrador del Plan, P.O. Box 188, North Little Rock, AR 72115. En su solicitud de revisión de la denegación, indique específicamente por qué cree que la denegación fue incorrecta. En relación con su solicitud, puede presentar documentos que respalden su reclamo. Su apelación será revisada por la Junta en la reunión trimestral de la Junta de Fideicomisarios junto con los documentos pertinentes a la administración del Fondo. Puede asistir a la reunión de la Junta y presentar su caso a la Junta y tener representación durante este procedimiento de revisión, aunque no es necesario que asista a la reunión de la Junta.

La Junta tomará una decisión sobre su reclamación a más tardar 180 días después de la recepción de la solicitud de revisión de la Junta. Si hay circunstancias especiales, la decisión se tomará tan pronto como sea razonablemente posible. La decisión de la Junta se hará por escrito e incluirá una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Fondo en las que se basó la decisión.

Reclamaciones internas y revisiones de apelaciones

1. 1. Definiciones

A continuación se presentan algunas definiciones útiles para comprender los procedimientos de reclamación.

- A. **Determinación adversa de beneficios.** El término “determinación adversa de beneficios” significa una denegación, reducción o terminación de, o una falla en proporcionar o hacer el pago (en su totalidad o en parte) por:
- un beneficio;
 - un beneficio basado en una determinación de si un participante o beneficiario es elegible para participar en el Fondo;
 - un beneficio resultante de la aplicación de cualquier revisión de utilización; tanto como
 - no cubrir un artículo o servicio para el cual los beneficios se proporcionan de otra manera porque se determina que es experimental o de investigación o no es médicamente necesario o apropiado; o
 - cualquier rescisión de cobertura, independientemente de si existe un efecto adverso en algún beneficio en particular en ese momento.
- B. **Apelación (o apelación interna).** El término “apelación o apelación interna” significa una revisión por parte del Fondo.
- C. **Reclamación de atención urgente.** El término “reclamación que involucra atención de urgencia” es cualquier reclamación de atención médica o tratamiento con respecto a la cual la aplicación de los períodos de tiempo para hacer determinaciones de atención no urgente:
- Podría poner en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima, según lo determine un individuo que actúe en nombre del Fondo y aplique el juicio de un lego prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina; o
 - Un médico con conocimiento de la condición médica del reclamante opina que sin el cuidado o tratamiento que es el sujeto de la reclamación, el reclamante estaría sujeto a un dolor severo que no se puede manejar adecuadamente; a no ser que
 - Cualquier reclamo que un médico con conocimiento de la condición médica del reclamante determine como un “reclamo que involucra atención de urgencia” se tratará como un “reclamo que involucra cuidado de urgencia”.

- D. **Demandante.** El término “reclamante” significa una persona cubierta por el Fondo que presenta una reclamación en virtud de esta sección. Las referencias a un reclamante incluyen un representante legal autorizado del reclamante.
- E. **Revisión externa.** El término “revisión externa” significa una revisión de una determinación adversa de beneficios (incluida una determinación final interna de beneficios adversos) realizada de conformidad con el proceso de revisión externa federal.
- F. **Decisión final de revisión externa.** El término decisión final de revisión externa significa una determinación de la organización de revisión independiente al término de una revisión externa.
- G. **Determinación final interna de beneficios adversos.** El término “determinación adversa interna final de beneficios” significa una determinación adversa de beneficios que ha sido confirmada por el Fondo al finalizar el proceso de apelaciones internas o cuando el proceso de apelaciones internas se considera agotado según la ley federal.
- H. **Profesional de la salud.** El término “profesional de la salud” significa un médico u otro profesional de la salud con licencia, acreditado o certificado para realizar servicios de salud específicos de acuerdo con la ley estatal.
- I. **Aviso o notificación.** El término “aviso” o “notificación” significa que la entrega o el suministro de información a un individuo se realizará de manera que se calcule razonablemente para garantizar la recepción real del material por parte de los participantes del Fondo, los beneficiarios y otros individuos específicos. Consulte el apartado 9 (j) para obtener más información sobre la notificación a las personas que no saben leer y escribir en inglés cubiertas por el Fondo.
- J. **Reclamo post-servicio.** El término “reclamación posterior al servicio” se refiere a cualquier reclamación de un beneficio bajo un plan de salud grupal que no sea una reclamación previa al servicio.
- K. **Reclamación previa al servicio.** El término “reclamación previa al servicio” significa cualquier reclamación de un beneficio bajo un plan de salud grupal, con respecto a la cual los términos de la condición del plan reciban el beneficio, en todo o en parte, con la aprobación del beneficio antes de obtenerlo. atención médica.
- L. **Rescisión.** Una rescisión es una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene efecto retroactivo. Por ejemplo, una cancelación que trata la cobertura como nula desde el momento de la inscripción de la persona o el grupo es una rescisión. Como otro ejemplo, una cancelación que anula los beneficios pagados hasta un año antes de la cancelación también es una rescisión para este propósito. Una cancelación o interrupción de la cobertura no es una rescisión si:
- La cancelación o la interrupción de la cobertura tiene solo un efecto prospectivo; o
 - La cancelación o la interrupción de la cobertura es efectiva retroactivamente en la medida en que sea atribuible a la falta de pago oportuno de las primas o contribuciones requeridas para cubrir el costo de la cobertura.
- M. **Pertinente.** El término relevante significa que un documento, registro u otra información se considerará “relevante” al reclamo del reclamante si dicho documento, registro u otra información:
- Se confió en hacer la determinación del beneficio;
 - Fue presentado, considerado o generado en el curso de la determinación del beneficio, sin tener en cuenta si dicho documento, registro u otra información se basó en la determinación del beneficio; o
 - Demuestra el cumplimiento de los procesos administrativos necesarios y las garantías al realizar la determinación de beneficios.

Estos procedimientos de reclamaciones no impiden que un representante autorizado de un reclamante actúe en nombre de un reclamante al presentar una reclamación de beneficios o una apelación de una determinación adversa de beneficios. Sin embargo, el Fondo ha establecido procedimientos razonables para determinar si una persona ha sido autorizada para actuar en nombre de un reclamante. Además, en el caso de una reclamación que implique atención de urgencia, se permitirá que un profesional de la salud, con conocimiento de la condición médica de un reclamante, actúe como el representante autorizado del reclamante.

Si un reclamante o un representante autorizado de un reclamante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación previa al servicio, se notificará al reclamante o representante sobre la falla y los procedimientos adecuados que se deben seguir para presentar una reclamación de beneficios. Esta notificación se enviará al reclamante o al representante autorizado, según corresponda, tan pronto como sea posible, pero no más tarde de cinco (5) días (24 horas en el caso de no presentar una reclamación que involucre atención urgente) después de la falla. La notificación puede ser oral,

a menos que el reclamante o el representante autorizado solicite una notificación por escrito. Si no se siguen los procedimientos de reclamación en la presentación de una reclamación de beneficios, el Fondo se proporcionará solo en el caso de una falla que sea una comunicación de un reclamante o un representante autorizado de un reclamante que sea recibido por una persona u organización. unidad habitualmente responsable del manejo de asuntos de beneficios; y es una comunicación que nombra a un reclamante específico; una condición médica específica o síntoma; y un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita aprobación.

2. Denegaciones.

Excepto como se indica a continuación en esta sección, (consulte Atención urgente, Atención simultánea, Previa al servicio y Reclamaciones posteriores al servicio) si se rechaza total o parcialmente una reclamación, el Fondo notificará al reclamante la determinación adversa de beneficios del Fondo dentro de un período razonable de tiempo, pero no más tarde de noventa (90) días después de que el Fondo reciba la reclamación, a menos que el Fondo determine que las circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo para procesar la reclamación. Si es así, se le enviará al reclamante una notificación por escrito de la extensión antes de la terminación del período inicial de noventa (90) días. En ningún caso, dicha extensión excederá un período de noventa (90) días a partir del final de dicho período inicial. El aviso de extensión indicará las circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo y la fecha en que el Fondo espera rendir la determinación del beneficio. Durante el proceso de apelación, el Fondo proporcionará cobertura continua en espera del resultado de la apelación. La notificación de cualquier determinación adversa de beneficios conforme a este párrafo se hará de acuerdo con el párrafo 9 (j).

3. Atención médica de urgencia.

En el caso de una reclamación que implique atención de urgencia, el Fondo notificará al reclamante de la determinación del beneficio (ya sea adversa o no) tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después. la recepción de la reclamación por parte del Fondo, a menos que el reclamante no proporcione información suficiente para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o son pagaderos en virtud del Fondo. En el caso de una falla de este tipo, el Fondo notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero no más tarde de veinticuatro (24) horas después de que el Fondo haya recibido la reclamación, la información específica necesaria para completar la reclamación. Se le debe otorgar al reclamante un tiempo razonable, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de cuarenta y ocho (48) horas, para proporcionar la información especificada. El Fondo notificará al reclamante de la determinación de beneficios del Fondo tan pronto como sea posible, pero en ningún caso más tarde de cuarenta y ocho (48) horas después de la primera de:

La recepción por el Fondo de la información especificada, o

El final del período permitió al reclamante proporcionar la información adicional especificada.

4. Decisiones de cuidados concurrentes.

Si el Fondo ha aprobado un curso de tratamiento continuo que se proporcionará durante un período de tiempo o número de tratamientos:

Cualquier reducción o finalización por parte del Fondo de dicho tratamiento (que no sea una enmienda del plan del Fondo o la finalización del plan) antes de la finalización de dicho período de tiempo o la cantidad de tratamientos constituirá una determinación adversa de beneficios. El Fondo notificará al reclamante de la determinación adversa de beneficios con suficiente antelación a la reducción o terminación para permitirle apelar y obtener una determinación sobre la revisión de esa determinación adversa de beneficios antes de que se reduzca o finalice la prestación.

Cualquier solicitud de un reclamante para extender el curso de tratamiento más allá del período de tiempo o la cantidad de tratamientos que es un reclamo que involucra atención de urgencia se decidirá tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, y el Fondo notificará al reclamante de La determinación del beneficio, ya sea adversa o no, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción de la reclamación por parte del Fondo, siempre que dicha reclamación se presente al Fondo al menos veinticuatro (24) horas antes de la expiración de El periodo de tiempo prescrito o número de tratamientos.

La notificación de cualquier determinación adversa de beneficios con respecto a una solicitud para extender el curso del tratamiento, ya sea que implique atención de urgencia o no, se hará de acuerdo con el párrafo 9 de esta sección y la apelación se registrará por el párrafo 10 de esta sección, según corresponda.

5. Otras reclamaciones.

En el caso de una reclamación no descrita anteriormente, el Fondo notificará al reclamante la determinación de beneficios del Fondo según lo establecido anteriormente, según corresponda.

6. Reclamaciones previas al servicio.

En el caso de una reclamación previa al servicio, el Fondo notificará al reclamante de la determinación de beneficios del Fondo (sea adversa o no) dentro de un período de tiempo razonable adecuado a las circunstancias médicas, pero a más tardar quince (15) días después de la recepción de la demanda del Fondo. El Fondo puede extender este período una vez hasta quince (15) días, siempre que el Fondo determine que dicha extensión es necesaria debido a asuntos fuera de su control y notifique al reclamante, antes de la expiración de los primeros quince años. (15) período de un día, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en que el Fondo espera tomar una decisión. Si tal extensión es necesaria debido a que el reclamante no presentó la información necesaria para decidir la reclamación, el aviso de extensión deberá describir específicamente la información requerida, y al reclamante se le otorgará al menos cuarenta y cinco (45) días desde Recibo del aviso dentro del cual se debe proporcionar la información especificada.

Durante el proceso de apelación, el Fondo proporcionará cobertura continua en espera del resultado de la apelación. La notificación de cualquier determinación adversa de beneficios conforme a este párrafo se hará de acuerdo con el párrafo 11.

7. Reclamaciones post-servicio.

En el caso de un reclamo posterior al servicio, el Fondo notificará al reclamante sobre la determinación adversa de beneficios del Fondo dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar treinta (30) días después de recibir el reclamo. El Fondo puede extender este período una vez hasta quince (15) días, siempre que el Fondo considere que dicha extensión es necesaria debido a asuntos que están fuera del control del Fondo y notifica al reclamante, antes de que expire el plazo inicial. período de treinta (30) días, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en que el Fondo espera emitir una decisión. Si tal extensión es necesaria debido a que el reclamante no presentó la información necesaria para decidir la reclamación, el aviso de extensión deberá describir específicamente la información requerida, y al reclamante se le otorgará al menos cuarenta y cinco (45) días desde Recibo del aviso dentro del cual se debe proporcionar la información especificada.

Durante el proceso de apelación, el Fondo proporcionará cobertura continua en espera del resultado de la apelación. La notificación de cualquier determinación adversa de beneficios conforme a este párrafo se hará de acuerdo con el párrafo 11.

8. Calculando periodos de tiempo.

El período de tiempo dentro del cual se requiere que se haga una determinación de beneficios comenzará a partir del momento en que se presenta una reclamación de acuerdo con los procedimientos del Fondo, sin importar si toda la información necesaria para hacer una determinación de beneficios acompaña la presentación. En el caso de que un período de tiempo se extienda según lo permita debido a que el reclamante no haya presentado la información necesaria para resolver un reclamo, el período para hacer la determinación del beneficio se cobrará a partir de la fecha en que se envíe la notificación de la extensión a la reclamante hasta la fecha en que el reclamante responde a la solicitud de información adicional.

9. Forma, forma y contenido de la notificación de determinación de beneficios.

Excepto por la notificación oral requerida, el Fondo proporcionará al reclamante una notificación escrita o electrónica de cualquier determinación adversa de beneficios. Cualquier notificación electrónica deberá cumplir con la autoridad reguladora federal y la notificación se establecerá, de una manera calculada para ser entendida por el reclamante:

- A. Información suficiente para identificar la reclamación involucrada, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica, el monto de la reclamación (si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud, de los códigos de diagnóstico y tratamiento y los significados correspondientes;
- B. Cualquier código de denegación junto con su significado correspondiente, y una descripción del estándar del Fondo, si lo hubiera, que se usó para denegar la reclamación;
- C. La razón específica o las razones de la determinación adversa, incluida cualquier determinación de beneficio adversa interna final;

- D. Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación; y
- E. Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que el reclamante perfeccione la reclamación y una explicación de por qué dicho material o información es necesario.
- F. Si se solicita, el Fondo proporcionará a los participantes y beneficiarios, tan pronto como sea posible, cuando lo solicite, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente, asociado con cualquier determinación adversa de beneficios o determinación final interna de beneficios. El Fondo no considerará una solicitud de información de diagnóstico y tratamiento, en sí misma, como una solicitud de apelación interna o externa.
- G. El Fondo proporcionará una descripción de las apelaciones internas disponibles y los procesos de revisión externa, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación.
- H. En el caso de un aviso de determinación final interna de beneficios adversos, la descripción incluirá una discusión de la decisión.
- I. El Fondo también divulgará la disponibilidad y la información de contacto para el Programa de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros de Arkansas, es decir:

Tel: 800-852-5494 o 501-371-2640

Fax: 501-371-2749

Email: insurance.consumers@arkansas.gov

- J. J. En el caso de una determinación adversa de beneficios por parte del Fondo con respecto a un reclamo que involucre atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a dichos reclamos.

En el caso de una determinación adversa de beneficios por parte del Fondo con respecto a una reclamación que implique atención de urgencia, la información proporcionada por el Fondo al reclamante se le puede entregar al reclamante oralmente dentro de los plazos establecidos, dado que se entrega una notificación por escrito o electrónica al reclamante, a más tardar setenta y dos (72) horas después de la notificación oral.

El Fondo proporcionará avisos relevantes de manera cultural y lingüística a los participantes del Fondo que residen en una dirección en un condado donde el 10 por ciento o más de la población que reside en el condado del participante, según lo determina la ley federal, y que solo saben leer y escribir en el mismo idioma no inglés. El Fondo también proporcionará servicios de lenguaje oral aplicables que no estén en inglés, como una línea telefónica de atención al cliente que incluye respuestas a preguntas en cualquier idioma que no sea inglés, así como asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluida la revisión externa).

10. Apelación de determinaciones adversas de beneficios.

Un reclamante cubierto por el Fondo tendrá una oportunidad razonable para apelar una determinación adversa de beneficios ante un fiduciario designado apropiado del Fondo, y bajo el cual habrá una revisión completa y justa de la reclamación y la determinación adversa de beneficios. Como tal, el Fondo permitirá que un reclamante revise el archivo de reclamo y presente evidencia y testimonio como parte del proceso interno de reclamos y apelaciones.

Una revisión completa y justa también incluye los procedimientos que se detallan a continuación.

El Fondo:

- A. Proporcionará a los reclamantes al menos 180 días después de recibir una notificación de una determinación adversa de beneficios dentro de la cual apelar la determinación;
- B. Brindará a los reclamantes la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo de beneficios;
- C. Proporcionará al reclamante, cuando lo solicite y sin cargo, acceso razonable a, y copias de, todos los documentos, registros y otra información relevante al reclamo de beneficios del reclamante;
- D. Proporcionará una revisión que tenga en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el reclamante en relación con la reclamación, sin importar si dicha información se presentó o se consideró en la determinación inicial de beneficios;

- E. Proporcionará una revisión que no ofrezca deferencia a la determinación adversa inicial de beneficios y que sea realizada por un fiduciario designado apropiado del Fondo que no sea la persona que realizó la determinación adversa de beneficios que es el objeto de la apelación, ni el subordinado de tal individuo;
- F. Proporcionará que, al decidir una apelación de cualquier determinación adversa de beneficios que se base en su totalidad o en parte en un juicio médico, incluidas las determinaciones con respecto a si un tratamiento en particular, un medicamento u otro artículo es experimental, está en investigación o no es médicamente necesario. o apropiado, el fiduciario designado apropiado debe consultar con un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrada en el juicio médico;
- G. Proporcionará la identificación de expertos médicos cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Fondo en relación con la determinación adversa de beneficios del reclamante, sin tener en cuenta si el asesoramiento se basó en la determinación de beneficios;
- H. Dispondrá que el profesional de atención médica contratado para fines de una consulta será una persona que no sea una persona consultada en relación con la determinación adversa de beneficios que es objeto de la apelación, ni el subordinado de dicha persona; y
- I. Proporcionará, en el caso de un reclamo que implique atención de urgencia, un proceso de revisión acelerado en virtud del cual—
 - a. La solicitud de una apelación acelerada de una determinación adversa de beneficios puede ser presentada oralmente o por escrito por el reclamante; y
 - b. Toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios del Fondo en revisión, se transmitirá entre el Fondo y el reclamante por teléfono, fax u otro método expedito disponible de manera similar.
- J. El Fondo proporcionará al reclamante, de forma gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, invocada o generada por el Fondo (o bajo la dirección del Fondo) en relación con la reclamación tan pronto como sea posible y con la suficiente antelación a la fecha en la que se requiere que se proporcione la notificación de la determinación final interna de beneficios en virtud del párrafo 11 de esta sección para brindar al reclamante una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha; y antes de emitir una determinación de beneficio adversa interna final basada en una razón nueva o adicional, el Fondo proporcionará al reclamante, de forma gratuita, la justificación tan pronto como sea posible y con suficiente antelación a la fecha en la que el aviso de la decisión final interna. se requiere que se proporcione una determinación adversa de beneficios según el párrafo 11 de esta sección para darle al reclamante una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

11. Momento de la notificación de la determinación del beneficio en la revisión.

- A. **Reclamaciones de atención urgente.** En el caso de una reclamación que implique atención de urgencia, el Fondo notificará al reclamante sobre la determinación de beneficios del Fondo en la revisión tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir el la solicitud del reclamante de que el Fondo revise una determinación adversa de beneficios.
- B. **Reclamaciones previas al servicio.** En el caso de una reclamación previa al servicio, el Fondo notificará al reclamante la determinación de beneficios del Fondo en una revisión dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas. Debido a que el Fondo proporciona dos apelaciones de una determinación adversa, dicha notificación se proporcionará, con respecto a cualquiera de dichas dos (2) apelaciones, a más tardar quince (15) días después de que el Fondo haya recibido la solicitud de revisión del reclamante. de la determinación adversa.
- C. **Reclamaciones post-servicio.** En el caso de una reclamación posterior al servicio, a excepción de lo previsto en las apelaciones ante la Junta de Fideicomisarios, el Fondo notificará al reclamante la determinación de beneficios del Fondo en revisión dentro de un período de tiempo razonable. Debido a que el Fondo prevé dos apelaciones de una determinación adversa, dicha notificación se proporcionará, con respecto a cualquiera de dichas dos apelaciones, a más tardar treinta (30) días después de que el Fondo haya recibido la solicitud del reclamante de que se revise el incumplimiento. determinación.

12. Calculando periodos de tiempo.

Para los fines de una apelación, el período de tiempo dentro del cual se requiere que se realice una determinación de beneficios en la revisión comenzará en el momento en que se presente una apelación de acuerdo con los procedimientos

razonables de un Fondo, sin tener en cuenta si toda la información necesaria para hacer una determinación de beneficios en la revisión acompaña a la presentación. En el caso de que un período de tiempo se extienda según lo permita debido a que el reclamante no haya presentado la información necesaria para resolver un reclamo, el período para realizar la determinación de beneficios en revisión se cancelará a partir de la fecha en que se envíe la notificación de la extensión. al reclamante hasta la fecha en que el reclamante responda a la solicitud de información adicional.

13. Provisión de documentos.

En el caso de una determinación adversa de beneficios en la revisión, el Fondo proporcionará dicho acceso y copias de los documentos, registros y otra información.

14. Forma y contenido de la notificación de la determinación del beneficio en la revisión.

El Fondo proporcionará a un reclamante una notificación escrita o electrónica de la determinación de beneficios de un Fondo en la revisión. Cualquier notificación electrónica deberá cumplir con los estándares establecidos por la ley federal. En el caso de una determinación adversa de beneficios, la notificación se establecerá, de una manera calculada para ser entendida por el reclamante:

- A. La razón específica o razones para la determinación adversa;
- B. Referencia a las disposiciones específicas del Fondo en las que se basa la determinación de beneficios;
- C. Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación de beneficios del reclamante.

Para obtener información adicional sobre la forma y el contenido de la notificación de determinación de beneficios, consulte el número 9 en la página 46.

15. No establecer y seguir procedimientos razonables de reclamaciones.

En el caso de que el Fondo no establezca o siga procedimientos de reclamaciones compatibles con los requisitos de la ley federal, se considerará que un reclamante ha agotado los recursos administrativos disponibles en el Fondo y tendrá derecho a realizar una revisión externa sobre la base de que el Fondo ha fallado en proporcionar un procedimiento de reclamos razonable que diera una decisión sobre los méritos del reclamo.

Revisión independiente de reclamaciones externas

El Fondo Municipal de Beneficios de Salud (Fondo) le brinda la oportunidad de solicitar la revisión de ciertas denegaciones de reclamaciones por parte de una organización de revisión externa independiente. Si no está de acuerdo con la determinación final del Fondo en la apelación interna, puede solicitar una revisión dentro de los cuatro meses posteriores a la decisión

Su reclamo es elegible para revisión externa si:

- El Fondo o su representante no se adhieren estrictamente a todos los requisitos de determinación de reclamos y apelaciones en virtud de la ley federal (que no sean violaciones menores); o El Fondo o su representante no se adhieren estrictamente a todos los requisitos de determinación de reclamos y apelaciones en virtud de la ley federal (que no sean violaciones menores); o
- Ha agotado los niveles estándar de apelación y su apelación se relaciona con:
 - a. Una determinación adversa de beneficios (ABD, por sus siglas en inglés) por parte del Fondo, incluida una determinación final interna de beneficios adversos, que involucra un juicio médico (incluidos, entre otros, aquellos basados en los requisitos del Fondo en cuanto a necesidad médica, adecuación, entorno de atención médica, nivel de atención, o la efectividad de un beneficio cubierto, o su determinación de que un tratamiento es experimental o de investigación), según lo determine el revisor externo; o
 - b. Una rescisión, que es una cancelación retroactiva o la interrupción de la cobertura.

Las reclamaciones basadas únicamente en (a) disputas legales o contractuales o (b) cuestiones relacionadas con su elegibilidad no son elegibles para una revisión externa.

Su reclamo es elegible para una revisión externa acelerada si tiene una condición médica y:

- Usted ha solicitado una apelación interna acelerada, pero el plazo para completar la apelación interna acelerada pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima; o
- El plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima; o
- El ABD se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicio de atención médica por el cual recibió servicios de emergencia, pero no se le ha dado de alta de un centro.

Notificación de revisión externa

Derechos y asignación a una organización de revisión externa independiente

Si su apelación interna final es denegada, puede solicitar una Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Externa Independiente.

Puede enviar una solicitud de revisión externa estándar por correo o fax dentro de los cuatro meses posteriores a la recepción de la notificación final de determinación adversa de beneficios internos o dentro de los cuatro meses posteriores a la notificación de que la solicitud no cumple con los criterios para una revisión acelerada.

Debe proporcionar la siguiente información:

- Nombre
- Dirección
- Teléfono
- Dirección de email
- Si la solicitud es urgente
- Firma del paciente si la persona que presenta la apelación no es el paciente
- Una breve descripción de la razón por la que no está de acuerdo con la decisión de rechazo de su Fondo

Puede usar un Formulario de solicitud de revisión externa federal de HHS para proporcionar esta y otra información adicional. Además, puede enviar información adicional para considerar su solicitud de revisión externa.

Por ejemplo, usted puede proporcionar:

- Documentos para respaldar el reclamo, como los formularios de cartas, informes, facturas, registros médicos y explicación de beneficios (EOB) de los médicos;
- Cartas enviadas al Fondo sobre el reclamo denegado; y
- Cartas recibidas del Fondo.

Instrucciones para enviar su solicitud de revisión externa

Puede llamar al número gratuito 1-888-866-6205, para solicitar un formulario de solicitud de revisión externa y enviar su solicitud de revisión externa a la dirección que figura en la carta de la decisión de rechazo de beneficios adversos (negativa) del Fondo, o puede enviar su solicitud de revisión externa:

Por Correo:

MAXIMUS Federal Services

3750 Monroe Avenue, Suite 705

Pittsford, NY 14534

By Fax:

1-888-866-6190

NOTA: No hay cargos por enviar la solicitud de revisión externa.

Revisión preliminar

Cuando el examinador de revisión externo reciba la solicitud de revisión externa, el examinador se comunicará con el Fondo para notificarle que debe enviar cualquier información considerada al realizar el ABD o el ABD interno final dentro de los cinco días. Esto incluye:

- Su certificado de cobertura o beneficio.;
- Una copia de la ABD;
- Una copia de la ABD final interna;
- Un resumen de la reclamación.;
- Una explicación de la ABD del Fondo;
- Todos los documentos e información considerados al realizar el ABD o el ABD interno final, incluida cualquier información adicional proporcionada al Fondo en la que se basó durante el proceso de apelación interno;
- El examinador de revisión externo revisará la información proporcionada por el Fondo y podrá solicitar información adicional;
- El examinador de revisión externo le notificará a usted y al Fondo por escrito si determina que la reclamación no es elegible para una revisión externa;
- El examinador revisará toda la información recibida oportunamente y considerará la reclamación sin estar obligado por ninguna decisión tomada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Fondo.;
- A solicitud del Fondo, el examinador enviará todos los documentos presentados por usted al Fondo. Al recibir dicha información, el Fondo puede reconsiderar su ABD o ABD interno final. Esta reconsideración no debe retrasar la revisión. La revisión externa puede terminarse si el Fondo decide revertir su decisión y proporcionar cobertura o pago después de la reconsideración. El Fondo debe proporcionarle una notificación por escrito a usted y al examinador dentro de un día hábil después de tomar la decisión de revertir. El examinador debe terminar la revisión externa al recibir la notificación del Fondo.

El examinador debe proporcionarle a usted y al Fondo una notificación por escrito de la decisión final sobre la revisión externa con la mayor rapidez posible, pero a más tardar 45 días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa..

El aviso final de la decisión de revisión externa contendrá:

- Una descripción del motivo de la revisión externa solicitada con información suficiente para identificar la reclamación;
- La fecha en que el examinador recibió la tarea de revisión externa.;
- Referencias a la evidencia o documentación considerada en la decisión.;
- Discusión del razonamiento de la decisión, incluidos los fundamentos y los estándares basados en la evidencia en los que se basa;
- Una declaración de que la decisión es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal para usted y el Fondo;
- Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para usted;
- Información de contacto actual para cualquier asistencia del consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo;
- El examinador debe mantener registros de todos los reclamos y avisos asociados con el proceso de revisión externa durante seis años y debe hacer que los registros estén disponibles para que usted o el Fondo los examinen a solicitud.
- Al recibir una decisión de revisión externa final que revierte el ABD o el ABD interno final, el Fondo debe proporcionar inmediatamente la cobertura o el pago de la reclamación.

Revisiones aceleradas

- Se sigue un cronograma acelerado en los casos en que presentó una solicitud de apelación interna acelerada y cumple con las condiciones para una revisión acelerada. (Véase más arriba.)
- El examinador se comunicará con el Fondo una vez que reciba una solicitud de revisión acelerada y solicitará todos los documentos e información requeridos según una revisión estándar.

- El examinador revisará toda la información recibida del Fondo y podrá solicitar información adicional que considere necesaria para la revisión externa.
- El examinador lo notificará a usted y al Fondo tan pronto como sea posible si el examinador determina que no es elegible para una revisión externa.
- El examinador revisará toda la información recibida de manera oportuna y luego considerará la reclamación sin estar obligado por ninguna decisión tomada durante el proceso de reclamos y apelaciones interno del plan o del emisor.
- El examinador enviará todos los documentos enviados por usted al Fondo. Una vez recibida la información, el Fondo puede reconsiderar su ABD o ABD interno final. Esta reconsideración no debe retrasar la revisión. La revisión externa puede terminarse si el Fondo decide revertir su decisión y proporcionar cobertura o pago después de la reconsideración. El Fondo debe notificarlo de inmediato a usted y al examinador después de tomar la decisión de revertir. Este aviso puede ser oral pero debe ser seguido con un aviso por escrito dentro de las 48 horas. El examinador debe terminar la revisión externa al recibir la notificación inicial del Fondo.
- El revisor tomará una decisión final sobre la revisión externa y se la comunicará a usted y al Fondo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud o antes, según las circunstancias médicas del caso.
- Si se le notifica verbalmente, el revisor realizará un seguimiento por escrito dentro de las 48 horas posteriores a la entrega de la notificación oral.
- La decisión de revisión externa final y el mantenimiento de registros del examinador deben cumplir con los mismos requisitos que las decisiones de revisión externa final en la revisión externa estándar.
- Al recibir una decisión de revisión externa final que revierte el ABD o el ABD interno final, el Fondo debe proporcionar inmediatamente la cobertura o el pago de la reclamación.

La asistencia técnica está disponible llamando al teléfono gratuito: 1-888-866-6205

- Disponible las 24 horas / 7 días por semana.
- Puede dejar mensajes y recibir instrucciones sobre cómo enviar solicitudes de revisión externa aceleradas
- TTY para personas con problemas de audición
- Intérprete a través de la línea de idiomas de AT&T.
- Los folletos traducidos están disponibles a pedido, bajo los estándares de CLASAAvailable

Sección 8: Definiciones

Definiciones

Trabajando activamente significa el gasto activo de tiempo y energía por parte del Empleado que realiza todos y cada uno de los deberes relacionados con el trabajo en el lugar y la manera en que normalmente se realiza dicho trabajo. Para que un Empleado esté trabajando activamente, él o ella debe trabajar un promedio de 30 horas por semana de manera regular y recibir un cheque de nómina para dicho servicio. Si el Empleado no recibe un cheque de nómina, se lo considerará inactivo y sus beneficios se cancelarán según lo definido en el Fondo.

Acupuntura significa tratamiento o terapia de punción con agujas largas y finas.

Enfermera de práctica avanzada (APN, por sus siglas en inglés) se refiere a una persona que tiene licencia de enfermera profesional registrada en el estado en el que ejerce, cumple con los requisitos para obtener la licencia de enfermera de práctica avanzada y tiene un acuerdo de colaboración por escrito con un médico colaborador para el diagnóstico de enfermedad y manejo del bienestar y otras condiciones según sea apropiado para el nivel y área de su práctica.

La determinación adversa de beneficios (ABD) significa una denegación, reducción o finalización (total o parcial) del pago de un beneficio. Consulte la Sección 7: Apelaciones, página 36, para una definición completa.

Gastos permitidos significa los Cargos Usuales, Consuetudinarios y Razonables, incluido el precio mayorista promedio (AWP), por los servicios de atención médica, medicamentos y suministros necesarios, una parte de los cuales está cubierta por al menos uno de los planes que cubren al Miembro por el cual reclama se realiza en base a dichos cargos de UCR y AWP, según lo ajustado por cualquier acuerdo entre el Fondo y los proveedores. Estos cargos se considerarán gastos permitidos y un beneficio pagado según los términos del Fondo. Los gastos permitidos no incluyen los cargos utilizados para satisfacer los deducibles, copagos o coseguros evaluados en el Plan de tarjeta de medicamentos recetados.

Precios promedio al por mayor (AWP) significa la cantidad permitida determinada por el Fondo para los productos proporcionados a los Miembros cubiertos, empleando el Precio de venta al por mayor promedio (AWP) más actualizado u otro punto de referencia aceptado por la industria según lo establecido por Medispan, First Databank u otra base de datos aceptada por la industria. El Fondo se reserva el derecho de reembolsar a los proveedores al ochenta y cinco (85%) por ciento de AWP. El Código Nacional de Drogas (NDC, por sus siglas en inglés) es un identificador único de producto utilizado en los Estados Unidos para medicamentos destinados para uso humano. (Para obtener más información, consulte Cargos habituales, habituales y razonables (UCR).

Beneficio significa el beneficio proporcionado a los Miembros del Fondo.

Beneficio del empleado significa el Beneficio provisto para Empleados elegibles.

Beneficio de Dependientes significa el Beneficio provisto para Dependientes Elegibles de Empleados elegibles.

Administrador de casos: coordina el proceso de evaluación, planificación, facilitación, coordinación de la atención y evaluación y promoción de opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud de una persona a través de la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y rentables.

Certificado de cobertura acreditable significa un certificado escrito emitido por el Fondo u otro emisor de seguro de salud que muestre su cobertura de salud anterior (cobertura acreditable). Se emitirá un certificado de forma automática y gratuita cuando pierda la cobertura del Fondo, cuando tenga derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA o cuando pierda la cobertura de continuación de COBRA. También se le proporcionará un certificado sin cargo cuando lo solicite mientras tenga cobertura de salud o dentro de los 24 meses posteriores a la finalización de su cobertura.

Tratamiento de dependencia química Es un tratamiento para el uso de alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes-hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes y tabaco, donde existe un patrón problemático de uso de sustancias que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo como se manifiesta al menos en dos, ocurriendo lo siguiente en un período de 12 meses donde:

1. La sustancia a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período de tiempo más largo del que se pretendía;
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos para reducir o controlar el uso de sustancias;
3. Se pasa mucho tiempo en las actividades necesarias para obtener la sustancia, usar la sustancia o recuperarse de sus efectos, deseo o deseo fuerte de usar la sustancia;
4. Existe un patrón problemático de uso de sustancias que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo como se manifiesta al menos dos de los siguientes casos que ocurren en un período de 12 meses:
5. Hay un uso recurrente que resulta en el incumplimiento de las principales obligaciones de los roles en el trabajo, la escuela, el hogar;
6. Hay un uso continuo de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes;
7. Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se abandonan o reducen debido al uso de sustancias;
8. Hay un uso recurrente de sustancias en situaciones en las que es físicamente peligroso;
9. El uso de sustancias continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia;
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
 - A. la necesidad de cantidades notablemente mayores de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado,
 - B. un efecto notablemente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
11. Retiro, como se manifiesta por cualquiera de los siguientes:

- A. síndrome de abstinencia característico de la sustancia,
- B. el uso de la sustancia o sustancia estrechamente relacionada se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Reclamo limpio es un formulario de facturación debidamente completado UB 94, HCFA 1500, o su (s) formulario (s) sucesor (es), o uno que proporcione información equivalente con la codificación CPT o ICD completa y actual, que no necesita información adicional o aclaración del proveedor de atención médica o la Persona cubierta para el pago debe realizarse correctamente, es decir, registros médicos, facturación detallada, facturas o cualquier otra información similar.

Código se refiere a un código de facturación médica (es decir, ICD-9, ICD-10, CPT)

Coseguro significa la proporción (porcentaje) de dividir la factura entre el Fondo y la Persona Cubierta.

Ejemplo: El 80 por ciento de los primeros \$5,000 de cargos elegibles significa que el Fondo pagará \$ 4,000 y la Persona Cubierta es responsable de los \$1,000 restantes.

Copa significa una cantidad que debe pagar una persona cubierta cada vez que se accede a un servicio cubierto específico. Los copagos se establecen en el Programa de beneficios en la Sección 2: Beneficios, página <OV>.

Cobertura significa que un Miembro o Dependiente Elegible ha cumplido con todos los requisitos aplicables del Fondo y está recibiendo Beneficios bajo el Fondo.

Persona cubierta, individuo cubierto o miembro cubierto significa un Miembro o Dependiente Elegible Cubierto por la disposición del Fondo en la cual se usa el término, pero solo mientras esté bajo dichas disposiciones.

Código CPT significa el código actual para un procedimiento médico que se utilizará para fines de facturación según lo establecido en la Terminología de Procedimiento Actual vigente establecida y mantenida por la Asociación Médica Americana.

Custodia significa el cuidado, control y mantenimiento de un niño que puede ser otorgado por un tribunal a uno de los padres del niño o un tutor.

Dentista significa cualquier médico como se define en este folleto que ejerza en el ámbito de su respectiva profesión y que realice un procedimiento dental cubierto por el Fondo.

Dependiente significa cualquier individuo que califica como dependiente según la Sección 152 del Código (según la modificación de la Sección 105 (b) del Código. “Dependiente” incluirá el hijo natural, el hijastro, el hijo de crianza, el hijo adoptivo o el hijo asignado al Empleado para su adopción). hasta alcanzar la edad límite de 26 años, sin importar el estado del estudiante, estado civil, dependencia financiera o estado de residencia con el Empleado o cualquier otra persona.

Clase elegible significa una clasificación de empleado cuyos miembros pueden ser elegibles para Beneficios de Empleado bajo el Fondo si su Empleador se convierte en un Empleador Participante y se cumplen todos los requisitos de servicio, si corresponde. Las clasificaciones de los empleados que pueden constituir una Clase Elegible se describen en la Sección 1: Información general de elegibilidad, página 3, este Folleto del Fondo.

Dependiente elegible—Un Dependiente Elegible es un Dependiente de un Empleado que es elegible para Beneficios bajo el Fondo e incluye lo siguiente:

- El cónyuge de un empleado: no está legalmente separado o divorciado del empleado
- Un adulto dependiente del empleado: un dependiente (que no sea el cónyuge del empleado) que tenga entre 19 y 26 años
- El hijo de un empleado: menor de 19 años
- El término Niño incluirá:
 - a. El hijo natural de un empleado desde su nacimiento hasta los 19 años de edad.
 - b. Un hijo adoptivo o hijastro adoptado por un Empleado bajo tutela legal, si dicho niño depende principalmente del Empleado para su manutención y mantenimiento y vive con el Empleado en una relación regular entre padres e hijos. Se requiere un decreto de divorcio para tener en cuenta la custodia legal y el mantenimiento del seguro en la inscripción de dicho Niño.

- c. Los niños adoptados y los hijastros de 19 a 26 años deben haber cumplido con los requisitos anteriores en el momento en que el Niño cumplió 19 años para ser considerado un Dependiente Elegible. Se requerirán copias de la documentación de respaldo para estos Dependientes.
- d. El nieto de un empleado que se encuentra bajo tutela legal o custodia legal del empleado puede inscribirse en la cobertura de Dependent Only si el empleado presenta documentación de custodia y / o tutela y paga una prima mensual adicional según lo determine el Fondo.

Empleado— Ver Miembro / Empleado.

Empleador significa el Fondo o un municipio que, en cualquier caso, participa en la cobertura ofrecida por el Fondo en beneficio de sus empleados elegibles.

Los términos **Experimental e Investigativo** se aplican a un dispositivo médico, tratamiento médico o tratamiento farmacéutico que no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés). El Fondo puede seleccionar un profesional de revisión médica para ayudar a determinar si un tratamiento específico es Experimental o de Investigación, pero en cualquier caso, la decisión del Fondo se considerará definitiva y vinculante para todas las partes. After all other provisions of the Fund have been complied with, the following criteria and guidelines will be used by the Fund in determining whether medical devices, medical treatments and pharmaceutical treatments are to be considered Experimental or Investigative and whether they will or will not be covered by the Fund.

Si no se ha otorgado la aprobación de la FDA para el uso de un medicamento para tratar una afección específicamente diagnosticada en el momento del tratamiento, dicho uso se conocerá como uso “no indicado en la etiqueta” y no estará cubierto por el Fondo Municipal de Beneficios de Salud, con la excepción del diagnóstico de cáncer, que se revisará caso por caso utilizando los estándares establecidos en las pautas de cuidado de Milliman.

El Fondo no proporcionará cobertura para los servicios médicos que están sujetos a ensayos clínicos o investigaciones en curso, excepto según lo exija la ley federal.

El Fondo no proporcionará cobertura para dispositivos médicos a menos que se cumplan todos los siguientes criterios:

- e. a. La FDA ha aprobado el dispositivo para su comercialización.
- f. b. El dispositivo se está utilizando para tratar una afección específicamente reconocida y autorizada por la aprobación de comercialización de la FDA.
- g. c. El dispositivo ha sido reconocido por su efectividad clínica en el tratamiento de la afección de acuerdo con las pautas médicas aceptadas a nivel nacional utilizadas por el Fondo.

Fondo significa el Fondo Municipal de Beneficios de Salud, tal como se presenta en el Folleto del Fondo como lo aprobó la Junta de Fideicomisarios.

Folleto del Fondo significa el Documento del Fondo que establece los términos y condiciones del Fondo como se incluye en este documento. Ningún contrato, acuerdo o acuerdo financiero que no sea la Declaración de Fideicomiso, según se modifique de vez en cuando, reemplaza los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en el folleto más reciente del Fondo Municipal de Salud.

Mes del fondo significa un período de un mes a partir de la fecha en que las primas mensuales regulares vencen al Fondo Municipal de Beneficios de Salud.

Guardián significa una persona legalmente invertida con el poder y encargada del deber de cuidar a un niño y administrar la propiedad y los derechos de ese niño.

Servicios Habilitativos significa servicios provistos para que una persona pueda alcanzar y mantener una habilidad o función que nunca se aprendió o adquirió y se debe a una condición de discapacidad.

La regla de privacidad de HIPAA significa la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, Ley Pública 104-191, según enmendada.

En casa significa que salir de casa es un gran esfuerzo; normalmente no puede salir de casa sin ayuda y no puede ir a trabajar; Cuando salga de su hogar, debe ser para recibir atención médica o, por razones breves y poco frecuentes, no médicas, como un viaje para cortarse el cabello o asistir a servicios religiosos.

Oficina en el hogar significa la oficina en casa del administrador del plan.

Entorno de hogar significa atención médica proporcionada en el hogar.

Cuidados paliativos significa atención médica a personas moribundas y les permite permanecer en el hogar bajo supervisión médica profesional.

Hospital significa una institución operada de acuerdo con la ley que proporciona regularmente alojamiento y comida y servicio de enfermería para sus pacientes; tiene un personal que incluye uno o más médicos disponibles en todo momento; está equipado con instalaciones organizadas en sus propias instalaciones para diagnóstico, terapia y / o cirugía mayor; y no es principalmente una clínica, centro de cirugía ambulatoria, enfermería, tratamiento residencial o centro de convalecencia, o una institución para el tratamiento del alcoholismo o el abuso de drogas.

Período de atención hospitalaria significa períodos sucesivos de atención hospitalaria en un hospital por enfermedades o lesiones debidas a causas iguales o relacionadas, a menos que dichos períodos de atención hospitalaria estén separados por al menos 60 días consecutivos o, en el caso de un empleado, al menos Un día de trabajo activo con el empleador.

El tratamiento con oxígeno hiperbárico es un tratamiento médico que permite a los pacientes utilizar oxígeno puro dentro de una cámara presurizada.

Enfermedad significa enfermedad y/o condiciones médicas relacionadas.

Relativo inmediato significa su cónyuge, padres, hijos, hermano, hermana, abuelos, tíos, tías, sobrinas, sobrinos o tutores legales de la persona cubierta que recibió los servicios por los cuales se ha presentado una reclamación al Fondo.

Lesión significa una lesión corporal sostenida accidentalmente por medios externos.

Dentro de la red significa que un proveedor de atención médica es miembro de la Red de proveedores preferidos del Fondo.

Paciente interno significa un miembro que es un paciente que usa y se le cobra por las instalaciones diarias de alojamiento y comida de un hospital o centro aprobado, o un miembro que permanece bajo observación médica por más de 23 horas.

Trabajador social certificado con licencia significa una persona que tiene una maestría de un programa de trabajo social acreditado en una institución acreditada aprobada por el estado en el que el individuo tiene licencia para ejercer. Esta definición también se extenderá a los consejeros certificados con licencia. Para calificar para un Beneficio por los servicios prestados por un Trabajador Social Certificado con Licencia, el Miembro del Fondo debe haber sido referido al Trabajador Social Certificado con Licencia por un Médico con licencia.

Atención a largo plazo (LTC) significa la provisión de servicios médicos, sociales y de atención personal de forma recurrente o continua a personas con trastornos físicos o mentales crónicos. El cuidado puede brindarse en entornos que van desde instituciones hasta hogares privados. Los servicios de atención a largo plazo por lo general incluyen tratamiento sintomático, mantenimiento y rehabilitación para pacientes de todos los grupos de edad.

Terapia de mantenimiento significa un régimen terapéutico destinado a preservar la funcionalidad del paciente para que el paciente continúe con buenas prácticas de salud sin supervisión, incorporándola a un estilo de vida general.

Principales beneficios médicos: cobertura diseñada para compensar gastos médicos particularmente grandes debido a una enfermedad grave o prolongada, generalmente pagando un porcentaje de las facturas médicas por encima de cierta cantidad.

Medicamento necesario: a menos que se indique lo contrario en el folleto del Fondo, los servicios son médicamente necesarios si, según los principios generalmente aceptados de buena práctica médica y estándares reconocidos profesionalmente, son necesarios y compatibles con el diagnóstico, la atención y el tratamiento de una afección, enfermedad, dolencia o lesión que está cubierta (elegible para pago) bajo el Fondo. Un servicio no es médicamente necesario si se proporciona únicamente para la conveniencia de la persona cubierta o de cualquier proveedor. Los servicios que de otro modo podrían

ser médicamente necesarios podrían no ser servicios cubiertos si el Fondo los excluye o los limita, o si no se cumple con el requisito del Programa de Revisión de Utilización.

Elegibilidad de Medicare significa que una persona ha cumplido con ciertos criterios que lo califican para solicitar y recibir beneficios de Medicare, como cumplir 65 años o quedar discapacitado.

El derecho a Medicare significa que una persona elegible para los beneficios de Medicare ha solicitado realmente comenzar los pagos de ingresos del Seguro Social o haber presentado una solicitud de beneficios de seguro de hospital bajo la Parte A de Medicare y, por lo tanto, tiene derecho a comenzar a recibir los beneficios de Medicare.

Miembro o Empleado significa una persona elegible o sus Dependientes que han presentado un formulario de inscripción y han sido aceptados como miembros del Fondo Municipal de Beneficios de Salud, y siguen siendo miembros con buena reputación de acuerdo con las disposiciones de la política del Fondo. Además de los empleados activos a tiempo completo que trabajan al menos 30 horas por semana para un empleador participante, los elegibles para la membresía también incluyen funcionarios electos, miembros de una junta o comisión, bomberos voluntarios, policía auxiliar o jubilados.

Mes significa el período de tiempo desde el comienzo de un día calendario numerado de un mes calendario hasta el mismo día numerado del siguiente mes calendario, pero sin incluirlo.

La obesidad mórbida es una condición en la que el peso de una persona cubierta supera su peso ideal, definido como un índice de masa corporal (IMC) superior a 35 a 40.

Medios municipales que pertenecen a una unidad gubernamental local o subdivisión política, como ciudades y pueblos incorporados de los condados de Arkansas y Arkansas y sus agencias o instrumentalidades, incluidos los miembros de servicio limitado de la Liga.

Procedimiento que no es de emergencia significa un procedimiento médico para mejorar la salud o la calidad de vida cuando la condición médica no se considera de inmediato una amenaza para la vida. Los procedimientos que no son de emergencia están programados de antemano para una fecha específica y no se consideran de naturaleza emergente.

No PPO: proveedor fuera de la red que no participa en la red de proveedores preferidos del Fondo.

La nutrición se define como (1) el proceso de nutrir o ser alimentado, especialmente a través del proceso mediante el cual un organismo vivo asimila los alimentos y los utiliza para el crecimiento y el reemplazo de los tejidos; o (2) la ciencia o el estudio que trata sobre alimentos y nutrición, especialmente en humanos; o (3) una fuente de alimentación, comida; y (4) la provisión a las células y organismos de los materiales necesarios en forma de alimento para sustentar la vida.

Terapeuta ocupacional significa una persona que tiene una Maestría en Terapia Ocupacional de una institución acreditada aprobada por el estado en el cual el individuo tiene licencia para practicar y ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, habilidades vocacionales y habilidades manuales finas. . También hacen y aplican ortesis y tratan a pacientes con discapacidades psicológicas.

Terapia ocupacional significa un uso terapéutico de actividades de autocuidado para aumentar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad.

Período de Inscripción Abierta significa el período de tiempo inmediatamente anterior al comienzo de cada año calendario establecido por la Junta de Fideicomisarios, período que se aplicará de manera uniforme y coherente para todos los Empleadores y Empleados, durante el cual un Empleado puede inscribirse o cambiar su o sus selecciones de Cobertura bajo el Fondo. En ocasiones, la Junta de Fideicomisarios puede recomendar un Período de Inscripción Abierta a mitad del año. Si se aprueba, el período de inscripción de medio año será el período inmediatamente anterior a julio de cada año calendario.

Fuera de la red significa un proveedor que no es miembro de la red de proveedores preferidos del Fondo Municipal de Beneficios de Salud.

Paciente ambulatorio significa servicios o tratamiento para el cuidado de una enfermedad o lesión que se brinda a un miembro en un hospital u otra instalación autorizada que no requiere que el miembro permanezca en dicha instalación por más de veintitrés (23) horas consecutivas para dichos servicios o tratamiento.

Empleador participante significa un municipio que es miembro de la Liga Municipal de Arkansas que ha sido admitido como parte en el Fondo y ha acordado, mediante la celebración de un Acuerdo de Participación con los Fideicomisarios o de otra manera, hacer contribuciones al Fondo en nombre de de su clase elegible de empleados.

PHI significa información personal de salud, según se define en la Regla de privacidad de HIPAA.

Fisioterapeuta significa un médico o un individuo con licencia de la autoridad apropiada o certificado por la Asociación Americana de Terapia Física.

La terapia física es un tratamiento de rehabilitación que mejora el deterioro adicional de una función corporal que se ha perdido o deteriorado debido a una enfermedad o lesión. Este tratamiento implica el contacto físico con el área afectada como el masaje,

Manipulación, calor o hidroterapia.

Médico significa un doctor licenciado en medicina (M.D.), doctor en osteopatía (D.O.) debidamente autorizado y calificado para practicar medicina y realizar una cirugía en el momento y lugar en que se presta el servicio. Médico también significa un médico licenciado en podología (DPM), un quiropráctico autorizado (DC), un psicólogo autorizado (Ph.D.), un cirujano oral autorizado (DDS o DMD), un médico licenciado en optometría (OD) y un licenciado Doctor en Psiquiatría (MD Psiquiatra).

Plan (que no sea el Fondo) significa cualquier seguro grupal o acuerdo de cobertura prepagada grupal, ya sea de forma asegurada o no asegurada, que proporcione beneficios o servicios, o por motivos de atención o tratamiento médico, dental o de la vista, o cualquier cobertura requerido o proporcionado por, o por cualquier programa gubernamental o ley, incluido Medicare. Los beneficios de indemnización hospitalaria (proporcionados sin incurrir en gastos) de \$ 30 por día o menos no están incluidos en el significado de “Plan”. Cada póliza, contrato u otro acuerdo para proporcionar beneficios o servicios se considerará un Plan por separado. Si solo una parte de dicha política, contrato u otro acuerdo está sujeto a una disposición similar a esta disposición, esa parte se tratará como un plan y el resto se tratará como un plan separado.

PPO: la organización de proveedores preferidos es una organización de atención administrada de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que han acordado hacer negocios con el Fondo.

La Determinación previa significa determinar por adelantado que un Miembro es elegible para participar en un programa cubierto.

La precertificación significa una notificación PREVIA al Programa de Revisión de Utilización antes de que la Persona Cubierta reciba cualquiera de los tipos de servicios que se enumeran en el Folleto del Fondo.

Embarazo significa el estado de una mujer después de la concepción hasta el parto y / o hasta la terminación de la gestación.

Proveedor: persona o empresa que brinda servicios de atención médica a los miembros cubiertos.

Fuera del estado: fuera del estado de Arkansas. Cargos por habitación y comida son los cargos incurridos por un paciente internado por alojamiento y comida y otros servicios y suministros necesarios para la atención y el tratamiento de enfermedades o lesiones, excepto las tarifas por servicios profesionales que habitualmente realizan un hospital a una tarifa diaria o semanal determinada únicamente por la clase de alojamiento ocupado.

Evidencia de cobertura satisfactoria significa evidencia que es aprobada por el Fondo en la Oficina central y se proporciona sin costo para el Fondo.

Patólogo del habla es una persona que ha recibido educación, capacitación y licencia para planificar, realizar y evaluar programas de terapia del habla.

Stop Loss significa un límite en el coseguro requerido de la Persona Cubierta.

Embarazo sustituto significa actuar como una madre sustituta al quedar embarazada con el propósito de tener un hijo en nombre de otra persona.

Cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés) significa los cargos facturados por un proveedor médico por servicios y suministros que cumplen con los estándares de la industria del cuidado de la salud. El Fondo se reserva el derecho de usar tablas nacionales (incluidos, entre otros, RBRVS, ADP y MDR, Medispan, First Databank) y métodos de acuerdo con los estándares de la industria de atención médica para determinar los cargos de UCR. El Fondo puede establecer límites a los cargos y tarifas de un proveedor a su discreción sin avisar al proveedor. El Fondo no pagará el 100 por ciento de los cargos facturados por un proveedor.

Programa de Revisión de Utilización: el Programa de Revisión de Utilización es el examen crítico de los servicios de atención médica a los pacientes para evaluar la necesidad médica, la adecuación y la eficiencia del uso de los servicios, procedimientos e instalaciones de atención médica según las disposiciones del plan de beneficios de salud. El Programa de Revisión de Utilización lo proporciona directamente el Fondo, que es un agente de revisión autorizado. El Programa de revisión de utilización puede incluir, entre otros, la revisión previa a la admisión, la autorización previa / certificación previa, la revisión concurrente, la revisión retrospectiva, la administración de casos y la planificación del alta. Todas las reclamaciones están sujetas al Programa de Revisión de Utilización.

Cuidado de heridas: cuidado integral de heridas para prevenir complicaciones y preservar la función. El desbridamiento o los procedimientos quirúrgicos requieren precertificación.

Usted y Su significa un Empleado / Miembro cubierto por o en una Clase Elegible para Beneficios de Empleado.

En www.arml.org/services/mhbf se encuentra disponible un glosario de términos de cobertura médica y términos médicos comúnmente utilizados o llamando al Servicio al cliente al 501-978-6137.

Sección 9: Formas

Acuerdo de participación en el Fondo Municipal de Beneficios de Salud

ESTE ACUERDO, entró en este _____ día de _____, 2019, vigente a partir de _____ (en adelante, la “Fecha de vigencia”) por y entre la Ciudad de _____, Arkansas (la “Ciudad”) y el Fondo Municipal de Beneficios de Salud (el “Financiar”).

TESTIGO

CONSIDERANDO QUE, el Fondo es un fondo fiduciario autofinanciado de múltiples empleadores creado por la Declaración de Fideicomiso con fecha 16 de noviembre de 1981, según enmendada (la “Declaración de Fideicomiso”), para brindar beneficios de salud y bienestar a los empleados de los municipios participantes miembros de la Liga Municipal de Arkansas; y

CONSIDERANDO QUE, la Ciudad desea convertirse en un Empleador Participante en el Fondo para proporcionar beneficios de salud y bienestar a sus Empleados elegibles; y

CONSIDERANDO QUE, en virtud de la autoridad que se le otorgó en la Declaración de Fideicomiso, el Fondo acepta aceptar a la Ciudad como Empleador Participante en el Fondo.

AHORA, POR LO TANTO, por y en consideración de las promesas y de los convenios mutuos aquí contenidos, las partes acuerdan lo siguiente:

1. A partir de la Fecha de entrada en vigencia, la Ciudad acuerda convertirse en un Empleador Participante en el Fondo y realizar pagos al Fondo en nombre de sus Empleados elegibles para proporcionar los siguientes beneficios para los siguientes montos de primas:

Cobertura médica

- _____ \$500 Deducible
- _____ \$1,200 Deducible
- _____ \$2,000 Deducible

_____ Cobertura Dental

_____ cobertura de visión

_____ Seguro de vida

_____ Beneficios de ingresos por discapacidad

_____ Opción A

_____ Opción B

2. Mediante la ejecución de este Acuerdo de Participación, la Ciudad adopta y acuerda estar obligada por todos los términos y disposiciones del Fondo, según se modifique de vez en cuando. La Ciudad también acuerda realizar oportunamente todos los pagos de primas requeridos al Fondo de acuerdo con los procedimientos del Fondo.
3. La Ciudad acusa recibo de la propuesta con fecha _____, 20____. De acuerdo con la disposición de elegibilidad descrita en la propuesta, la Ciudad por este medio certifica y acuerda que lo hará en todo momento mientras un Empleador Participante en el Fondo cumpla con los Requisitos de Elegibilidad del Fondo según lo establecido en el Anexo A adjunto e incorporado aquí. La Ciudad reconoce que su participación en el Fondo está supeditada a su cumplimiento con los Requisitos de Elegibilidad.

Participation Agreement In The Municipal Health Benefit Fund

4. Con la firma a continuación, la Ciudad acepta y se convierte en parte del Fondo como Empleador Participante. Por la presente, la Ciudad acusa recibo de una copia de la Declaración de Fideicomiso y el Folleto del Fondo Municipal de Beneficios de Salud.
5. Mediante la ejecución del Acuerdo de Participación por parte del Administrador del Plan, el Fondo acepta a la Ciudad como parte del Fondo de conformidad con la autoridad conferida al Administrador del Plan por la Declaración de Fideicomiso. El Fondo acuerda recibir las primas de la Ciudad y retener, administrar e invertir dichos fondos y pagar reclamaciones a los Empleados de acuerdo con los términos y disposiciones del Fondo, según se modifique de vez en cuando.
6. Los términos del Fondo en vigencia de tiempo en tiempo, se aplicarán por completo a la Ciudad a partir de la Fecha de Vigencia, con la imposición de cualquier término o condición adicional establecido en este Acuerdo.
7. La Ciudad reconoce que, de conformidad con la Declaración de Fideicomiso, el Fondo puede cancelarse mediante notificación por escrito a las ciudades miembro y otras entidades públicas en sus direcciones comerciales habituales. De conformidad con el Folleto del Fondo, el Fondo acuerda proporcionar dicha notificación por escrito por correo regular sesenta (60) días antes de la terminación. Los Fideicomisarios del Fondo también pueden modificar los términos del Fondo. Es responsabilidad de la Ciudad notificar a sus Empleados de cualquier enmienda o cambio al Fondo.
8. Todos los términos en mayúscula utilizados en este Acuerdo de Participación y todas las Pruebas de este documento tendrán el mismo significado que se les da en el Folleto del Fondo de Beneficios de Salud de la Ciudad, a menos que se defina lo contrario en este Acuerdo.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, las partes han hecho que este Acuerdo de Participación se ejecute en su nombre en la fecha que figura por primera vez arriba.

Fondo Municipal de Beneficios de Salud - Firma del acuerdo de participación

CIUDAD: _____

POR: _____

Testigo _____

FONDO MUNICIPAL DE BENEFICIOS DE SALUD:

Por: _____

Mark R. Hayes, Administrador del Plan

ANEXO A

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Dado que a todos los empleados elegibles se les debe ofrecer cobertura, la participación de la Ciudad en el Fondo depende expresamente del cumplimiento continuo de la Ciudad con los siguientes Requisitos de Elegibilidad:

La clase elegible de empleados que pueden estar cubiertos por el Fondo incluye a todos los empleados de la Ciudad en cualquiera de las siguientes clases. La Ciudad debe incluir a los empleados en la Clase 5, y puede elegir incluir a los empleados en las otras clases, como parte de la Clase Elegible.

Clase 1 - Funcionarios electos activos

Clase 2 - Miembros de juntas y comisiones.

Clase 3 - Bomberos voluntarios (ver abajo para más detalles)

Clase 4 - Policía auxiliar

Clase 5: todos los empleados activos de la Ciudad que trabajan a tiempo completo y trabajan al menos treinta (30) horas por semana.

Clase 6: miembros jubilados de 55 años o más (consulte la Cobertura de jubilados para obtener más detalles)

Para cada clase a la que ofrece beneficios, la Ciudad debe cumplir con los siguientes criterios:

1. A todos los empleados elegibles se les ha ofrecido cobertura, y
2. Una lista de todos los Empleados elegibles que aceptan Cobertura ha sido enviada al Fondo, durante un Período de Inscripción Abierta y / o en el caso de un Evento de Cambio de Estado, como nueva contratación, nacimiento de un hijo o divorcio; y
3. Setenta y cinco (75%) por ciento de todos los Empleados elegibles eligen la Cobertura bajo el Fondo, y
4. Una lista de todos los Empleados elegibles que optan por la Cobertura, junto con el comprobante de Cobertura a través de un Cónyuge, Medicare y / u otra aseguradora ha sido presentada al Fondo durante un Período de Inscripción Abierta o en el momento del Evento de Cambio de Estado que reúne los requisitos.

Bomberos voluntarios (Clase 3): para calificar para la cobertura del Fondo, los bomberos voluntarios deben participar activamente en más de:

- 50 por ciento de las llamadas de fuego.
- 50 por ciento de las sesiones de entrenamiento.
- La verificación de participación debe estar certificada por escrito bajo pena de perjurio por el Jefe de Bomberos.
- La certificación debe enviarse al Fondo cada año antes del 31 de diciembre.

Si la Ciudad ofrece Cobertura a cualquiera de las Clases 1 a 4, entonces la Cobertura debe ofrecerse a todos los miembros de la clase. Cuando se ofrece cobertura a una clase, la Ciudad requerirá que todos los miembros de esa clase se inscriban en la Cobertura o envíen un formulario de rechazo. Un mínimo de setenta y cinco por ciento (75%) de las clases 2, 3 y 4 debe inscribirse en la cobertura, o ninguna de la clase puede estar cubierta. Las personas de las Clases 2, 3 y 4 que son elegibles para Medicare están excluidas del setenta y cinco por ciento (75%). La Ciudad debe mantener la Cobertura del setenta y cinco por ciento (75%) de cada clase participante (2, 3, 4 o 5) para que la Cobertura continúe.

La Ciudad debe ofrecer Cobertura médica a todos los Empleados elegibles que trabajen treinta (30) horas o más por semana y debe garantizar que la parte de la prima del Empleado sea asequible. La Ciudad puede usar uno de los tres “puertos seguros” permitidos por la regulación del IRS para determinar la asequibilidad. El puerto seguro de salarios W-2 es el más utilizado. Se satisface si la Ciudad garantiza que la parte de la prima del Empleado no exceda el 9.5 por ciento de los salarios W-2 actuales del Empleado por el costo de la cobertura (única) solo para empleados para empleados activos de tiempo completo. Otros puertos seguros son (1) la tasa de pago de puerto seguro y (2) el puerto de seguridad federal de la línea de pobreza. Si la Ciudad cumple con los requisitos del puerto seguro, la oferta de cobertura se considera asequible para los fines de la sección 4980H (b) del Código, independientemente de que sea asequible para el Empleado según la sección 36B del Código.

Seguro médico del estado. Las clases de la 1 a la 4 no son elegibles para la cobertura médica provista por el Fondo si son elegibles para Medicare.

Los funcionarios electos activos (Clase 1) que están en Medicare son elegibles para cobertura dental, de la vista, de medicamentos y audífonos. Sin embargo, la inscripción en todas las partes de Medicare, Partes A, B y D, se requiere para que los funcionarios electos activos (Clase 1) elijan continuar la Cobertura bajo los beneficios de Cobertura dental, de visión, de tarjeta de medicamentos y de audífonos. Sin embargo, el setenta y cinco por ciento (75%) de cada clase participante (2, 3, 4 o 5) debe participar para que la Cobertura continúe.

MHBF Formulario de cambio de dirección

MUNICIPAL HEALTH BENEFIT FUND
P.O. BOX 188
NORTH LITTLE ROCK, AR 72115
(501) 978-6137
FAX (501) 537-7265

CAMBIO DE DIRECCIÓN

Nombre de la Ciudad / Entidad		Número de grupo	
Nombre del miembro / empleado		SSN	
Dirección postal antigua			
Ciudad	Estado	Zip	Número de teléfono ()

Nueva dirección postal			
Ciudad	Estado	Zip	Número de teléfono ()

¿Necesita una identificación médica / tarjetas de prescripción adicional?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Firma de miembro / empleado

Fecha

Por favor envíe este formulario para MHBF en la dirección o número de fax arriba.

Manage Costs by Maximizing Your Tax Savings.



We offer Expense Management Services for you and your employees.

American Fidelity provides a suite of expense management services that can help you and your employees maximize your tax savings and manage costs associated with various benefits. We specialize in providing employer administrative services for all of our services, which can easily coordinate with existing plans.

Our expertise and experience in offering expense management services allows us to make recommendations on the programs that will work best in your situation. Also, we explain how we can implement these cost-saving programs for you and your employees.

Our Expense Management Services

- Section 125 Plans
- Flexible Spending Accounts
- Health Savings Accounts
- Health Reimbursement Arrangements
- Dependent Verification Reviews
- Enrollment Solutions



To learn more about what American Fidelity can do for your organization, contact:

Charles Angel
Senior Account Executive

800-450-3506, ext. 3132
charles.angel@americanfidelity.com

 **American Fidelity
Assurance Company**

Our Family, Dedicated To Yours.®

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN: Inscripción y Primas

Fondo Municipal de Beneficios de Salud Premium

P.O. Box 880

Conway, AR 72033

Tel: 501-978-6137 Fax: 501-537-7252

www.arml.org/services/mhbf

ADMINISTRACIÓN DE RECLAMACIONES:

Reclamaciones y Beneficios

Municipal Health Benefit Fund

P.O. Box 188

North Little Rock, AR 72115

Tel: 501-978-6137 Fax: 501-537-7252

www.arml.org/services/mhbf

Para precertificación, por favor llame a:

1-888-295-3591

(La certificación previa no proporciona información de beneficios).