

BORGWARNER INC.

SEGURO DE PROVEEDORES
PREFERIDOS DE CIGNA DENTAL
Progressive Plan

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1 de enero de 2019

ASO267 – DPO4
3207248

Este documento impreso en febrero de 2019 reemplaza a cualquier otro documento que le hayan emitido previamente con la descripción de sus beneficios.

Impreso en los EE. UU.

Índice

Información importante	4
Avisos importantes	6
Cómo presentar su reclamo	7
Cumplimiento de los requisitos - Fecha de entrada en vigor	8
Seguro del Empleado	8
Período de espera	8
Seguro de Dependientes.....	8
Seguro de proveedores preferidos de Cigna Dental	9
El Programa	9
Gasto dental cubierto	11
Dental PPO – Proveedores participantes y no participantes	11
Gastos no cubiertos	13
Limitaciones generales	13
Beneficios dentales	13
Coordinación de beneficios	14
Gastos por los que un tercero podría ser responsable	16
Pago de los beneficios	17
Finalización del seguro	18
Empleados.....	18
Dependientes.....	18
Extensión de los beneficios dentales	18
Requisitos federales	18
Notificación sobre directorios/redes de Proveedores.....	18
Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO)	19
Efecto de las reglamentaciones fiscales del Artículo 125 sobre este Plan	19
Requisitos para la cobertura de hijos adoptados	20
Cobertura del plan colectivo en lugar de Medicaid.....	20
Requisitos de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993 (con sus modificaciones) (FMLA).....	20
Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Personal Uniformado de 1994 (USERRA)	21
Procedimientos para la determinación del reclamo en virtud de ERISA	21
Cuidado dental - Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación	22
Derechos de continuación en virtud de COBRA según la legislación federal	23
Información requerida por ERISA	27
Definiciones	29

Información importante

ESTE NO ES UN PLAN DE BENEFICIOS DE SEGURO. LOS BENEFICIOS QUE SE DESCRIBEN EN ESTE FOLLETO O EN CUALQUIER CLÁUSULA ADICIONAL QUE SE ADJUNTE AL PRESENTE ESTÁN AUTOASEGURADOS POR BORGWARNER INC., QUE ES RESPONSABLE DE SU PAGO. CIGNA HEALTH AND LIFE INSURANCE COMPANY (CIGNA) PRESTA SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS AL PLAN, PERO CIGNA NO ASEGURA LOS BENEFICIOS DESCRITOS.

ES POSIBLE QUE ESTE DOCUMENTO USE TÉRMINOS QUE DESCRIBEN UN PLAN ASEGURADO POR CIGNA. DADO QUE EL PLAN NO ESTÁ ASEGURADO POR CIGNA, SE DEBE INTERPRETAR QUE TODA REFERENCIA AL SEGURO INDICA QUE EL PLAN ES UN PLAN AUTOASEGURADO. POR EJEMPLO, SE INTERPRETARÁ QUE “CIGNA”, “COMPAÑÍA DE SEGUROS” Y “TITULAR DE LA PÓLIZA” SE REFIEREN A SU “EMPLEADOR”, QUE “PÓLIZA” SE REFIERE AL “PLAN”, QUE “ASEGURADO” SE REFIERE A “CUBIERTO” Y QUE “SEGURO” SE REFIERE A “COBERTURA”.

Explicación de términos

En el certificado encontrará términos escritos con mayúscula inicial que le ayudarán a entender sus beneficios. La mayoría de estos términos se encuentran explicados en la sección Definiciones del certificado.

El Programa

El Programa es un resumen breve de los beneficios máximos que pueden ser pagaderos en virtud de su seguro. Para obtener una descripción completa de cada beneficio, consulte la sección correspondiente incluida en el Índice.

Avisos importantes

La discriminación es ilegal

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación y pídala a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Cigna – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب (TTY: 1.800.244.6224) اتصل ب 711.

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).

HC-NOT97

07-17

enviar su formulario de reclamo completado y las facturas detalladas a la dirección de Reclamos que aparece en el formulario de reclamo.

Puede obtener los formularios de reclamo necesarios en el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación o llamando a Servicios a los miembros al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

AVISOS SOBRE LOS RECLAMOS

- ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA/GRUPO CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMO DE CIGNA O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMOS DE CIGNA.

SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO ES EL NÚMERO QUE APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS.

SU NÚMERO DE CUENTA/GRUPO APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS.

- ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO DE RECLAMO CUANDO ENVÍE UN RECLAMO A CIGNA.

Presentación oportuna de reclamos Fuera de la red

Cigna tendrá en cuenta los reclamos de cobertura en virtud de sus planes cuando el comprobante de la pérdida (el reclamo) se envíe dentro de un plazo de un año (365 días) una vez prestados los servicios. Si la prestación de los servicios se extiende varios días, como en el caso de una Internación hospitalaria, el plazo se contará desde la última fecha de servicio. Si los reclamos no se envían dentro de un plazo de un año, no se considerarán válidos y serán rechazados.

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro.

HC-CLMI

04-10
VI

Cómo presentar su reclamo

No hay que hacer ningún trámite para recibir cuidados Dentro de la red. Simplemente muestre su tarjeta de identificación y pague su parte del costo, si corresponde; su proveedor le enviará un reclamo a Cigna para solicitar el reembolso. El proveedor puede enviar los reclamos por atención Fuera de la red si desea realizar este trámite en nombre suyo. Si el proveedor no envía el reclamo en su nombre, usted deberá

Cumplimiento de los requisitos - Fecha de entrada en vigor

Seguro del Empleado

Este plan se le ofrece en calidad de Empleado.

Cumplimiento de los requisitos para obtener el seguro del Empleado

Usted cumplirá con los requisitos para acceder al seguro el día que complete el período de espera si:

- pertenece a una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos;
- es un Empleado de tiempo completo que cumple con los requisitos; y
- normalmente trabaja por lo menos 30 horas a la semana; y
- paga el aporte requerido.

Si anteriormente estaba asegurado y su seguro cesó, debe cumplir con el Período de espera para volver a estar asegurado. Si su seguro cesó porque dejó de estar empleado en una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos, no es necesario que cumpla con ningún período de espera si vuelve a pertenecer a una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos dentro del plazo de un año a partir de que cesó su seguro.

Cumplimiento de los requisitos para obtener el seguro de Dependientes

Usted cumplirá con los requisitos para acceder al seguro de Dependientes en la fecha que ocurra en último término entre:

- el día en que usted cumpla con los requisitos del seguro; o
- el día en que adquiera su primer Dependiente.

Período de espera

Ninguno.

Clases de Empleados que cumplen con los requisitos

Cada Empleado que su Empleador informe a la compañía de seguros.

Fecha de entrada en vigor del seguro del Empleado

Comenzará a estar asegurado en la fecha en que elija el seguro mediante la firma de un formulario de deducción salarial o inscripción aprobado, según corresponda, pero no antes de la fecha en que comience a cumplir con los requisitos.

Comenzará a estar asegurado en la fecha en que comience a cumplir con los requisitos, después de su elección, si se encuentra en Servicio activo en esa fecha, o si no se encuentra en Servicio activo en esa fecha por motivos de salud.

Empleado inscrito fuera de plazo

Usted es un Inscrito fuera de plazo si:

- elige el seguro más de 30 días después de comenzar a cumplir con los requisitos; o
- lo elige nuevamente después de cancelar su deducción salarial (de ser necesario).

Seguro de Dependientes

Para que sus Dependientes estén asegurados, deberá pagar el aporte requerido, si corresponde, que se aplicará al costo del seguro de Dependientes.

Fecha de entrada en vigor del seguro de Dependientes

El seguro para sus Dependientes entrará en vigor en la fecha en que lo elija, mediante la firma de un formulario de deducción salarial aprobado (de ser necesario), pero no antes de la fecha en que comience a cumplir con los requisitos para el seguro de Dependientes. Se incluirá a todos los Dependientes que concuerden con la definición.

Sus Dependientes serán asegurados solo si usted está asegurado.

Dependiente inscrito fuera de plazo

Usted es un Inscrito fuera de plazo para el seguro de Dependientes si:

- elige dicho seguro más de 30 días después de comenzar a cumplir con los requisitos para acceder a él; o
- lo elige nuevamente después de cancelar su deducción salarial (de ser necesario).

Seguro de proveedores preferidos de Cigna Dental

El Programa

Para usted y para sus Dependientes

El Plan de beneficios dentales ofrecido por su Empleador incluye Proveedores participantes y Proveedores no participantes. Si usted elige un Proveedor participante, su costo será menor que si elige un Proveedor no participante.

Servicios de emergencia

El Porcentaje de beneficio pagadero por cargos de Servicios de emergencia cobrados por un Proveedor no participante es el mismo Porcentaje de beneficio que se aplica a los Cargos del Proveedor participante. Los Servicios de emergencia dental son los que se necesitan de inmediato para aliviar el dolor o para tratar la aparición repentina de una afección dental aguda. Por lo general, se trata de procedimientos menores realizados en respuesta a síntomas graves, que alivian temporalmente un dolor muy intenso pero no constituyen una cura definitiva y que, de no realizarse, es muy probable que causen una complicación dental o médica más grave.

Deducibles

Los Deducibles son los gastos que debe pagar usted o su Dependiente. Los Deducibles se suman a cualquier Coseguro. Una vez que se haya alcanzado el Deducible máximo del Programa, ni usted ni su familia deben satisfacer otro deducible dental durante el resto del año.

Pago del Proveedor participante

Los servicios de los Proveedores participantes se pagan en función de la Tarifa contratada acordada entre el proveedor y Cigna. Según la Tarifa contratada del proveedor, es posible que el pago del plan abonado al Proveedor participante sea de un nivel superior, con lo cual se reducirá lo que usted tenga que pagar. Para comparar a su Proveedor participante con otros, consulte su directorio de proveedores.

La información sobre los proveedores puede cambiar todos los años; consulte su directorio de proveedores antes de recibir un servicio. Usted puede visitar www.mycigna.com para acceder a una lista de todos los proveedores que participan en la red.

Pago del Proveedor no participante

Los servicios de los Proveedores no participantes se pagan sobre la base del Cargo máximo reembolsable. Para este plan, el Cargo máximo reembolsable se calcula al percentil 90 de todos los cargos cobrados por los proveedores del área geográfica.

Acumulación simultánea de cantidades

Los beneficios pagados por servicios prestados por Proveedores participantes y por Proveedores no participantes se aplicarán al máximo para Proveedores participantes y al máximo para Proveedores no participantes que aparecen en el Programa.

Los gastos incurridos por cargos cobrados por Proveedores participantes y por Proveedores no participantes se usarán para alcanzar tanto los Deducibles de los Proveedores participantes como los de los Proveedores no participantes que se detallan en el Programa.

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
Máximo por año calendario combinado de las Clases I, II y III	Consulte la sección de este Programa titulada "Plan de incentivos de bienestar" para obtener más información	
Máximo de por vida de la Clase IV	\$1,250	\$1,250
Máximo de por vida de la Clase V	\$1,000	\$1,000
Máximo por año calendario de la Clase VII	Ilimitado	Ilimitado

DETALLES DE LOS BENEFICIOS	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
Máximo por año calendario de la Clase IX	\$1,500	\$1,500
Deducible por año calendario Individual Máximo por grupo familiar	\$50 por persona No se aplica a la Clase I \$200 por grupo familiar No se aplica a la Clase I	
Clase I Cuidado preventivo	100%	100%
Clase II Restauración básica	El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan
Clase III Servicios de restauración de mayor envergadura	El 50% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Clase IV Ortodoncia	El 50% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan
Clase V Articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) (no quirúrgica) Nota: La TMJ quirúrgica está cubierta en virtud del plan médico.	El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan
Clase VII Extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas	El 80% después del deducible del plan	El 80% después del deducible del plan
Clase IX Implantes	El 50% después del deducible del plan	El 50% después del deducible del plan

Plan de incentivos de bienestar

Su plan está diseñado para alentarle a visitar a su dentista todos los años para recibir cuidado preventivo.

Si una persona cubierta obtiene servicios de Clase 1 en el Año calendario anterior, el máximo anual avanza al siguiente nivel. El aumento se aplica a los máximos anuales para Proveedores participantes y no participantes.

NIVELES	MÁXIMO ANUAL
Nivel 1	\$1,500
Nivel 2	\$1,600
Nivel 3	\$1,700
Nivel 4	\$1,800

Gasto dental cubierto

El Gasto dental cubierto significa la parte del cargo de un Dentista pagadera por un servicio prestado a una persona cubierta, siempre que:

- el servicio sea indicado o recetado por un Dentista;
- sea esencial para el cuidado Necesario de las piezas dentales;
- el servicio esté dentro del alcance de las limitaciones de la cobertura;
- se haya alcanzado la cantidad del deducible indicada en el Programa;
- no se haya superado el beneficio máximo indicado en el Programa;
- el cargo no exceda la cantidad permitida de acuerdo con la Disposición sobre beneficios alternativos;
- para las Clases I, II o III, el servicio comience y finalice mientras la cobertura esté vigente, excepto para los servicios descritos en la sección “Extensión de los beneficios”.

Disposición sobre beneficios alternativos

Si más de un servicio cubierto trata una afección dental, el pago se limita al servicio menos costoso siempre que se trate de un tratamiento profesionalmente aceptado, necesario y apropiado. Si la persona cubierta solicita o acepta un servicio cubierto más costoso, será responsable de los gastos que excedan la cantidad cubierta por el servicio menos costoso.

Por lo tanto, Cigna recomienda la Predeterminación de beneficios antes de comenzar tratamientos importantes.

Predeterminación de beneficios

La Predeterminación de beneficios es una revisión voluntaria del plan de tratamiento propuesto y los cargos previstos de un Dentista. No es la preautorización de un servicio y no es obligatoria.

El plan de tratamiento deberá incluir radiografías prequirúrgicas y otros materiales de diagnóstico respaldatorios, según lo solicite el consultor dental de Cigna. Si hay un cambio en el plan de tratamiento, deberá presentarse un plan revisado.

Cigna determinará los gastos dentales cubiertos para el plan de tratamiento propuesto. Si no hay Predeterminación de beneficios, Cigna determinará los gastos dentales cubiertos cuando reciba un reclamo.

Se aconseja la revisión del tratamiento propuesto cada vez que se recomiende un trabajo dental importante (cuando los cargos excedan los \$200).

La Predeterminación de beneficios no constituye garantía de un pago determinado. El pago se basa en los servicios que realmente se prestan y la cobertura vigente al momento de la finalización de los servicios.

Servicios cubiertos

La siguiente sección enumera los servicios dentales cubiertos. Cigna puede aceptar cubrir los gastos de un servicio que no esté incluido en esta lista. Para ser tenido en cuenta, el servicio deberá identificarse mediante el Código Uniforme de Procedimientos y Nomenclatura Dental de la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association) o mediante una descripción, y luego se deberá presentar ante Cigna.

HC-DEN1

04-10
VI

Dental PPO – Proveedores participantes y no participantes

El pago del plan por un servicio cubierto prestado por un Proveedor participante es la Tarifa contratada para ese procedimiento, multiplicada por el porcentaje de beneficio que se aplica a la clase de servicio, como se especifica en el Programa.

La persona cubierta es responsable de pagar el saldo de la Tarifa contratada.

El pago del plan por un servicio cubierto prestado por un Proveedor no participante es el Cargo máximo reembolsable para ese procedimiento, multiplicado por el porcentaje de beneficio que se aplica a la clase de servicio, como se especifica en el Programa.

La persona cubierta es responsable de pagar el saldo del cargo real del Proveedor no participante.

HC-DEN171

07-14
VI

Servicios Clase I: Diagnóstico y prevención

Examen bucal clínico: solo 2 por persona por año calendario.

Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental, procedimientos menores, cuando no se realice ningún otro Servicio dental definitivo. (Toda radiografía realizada en relación con dicho tratamiento es un Servicio dental separado).

Radiografías, serie completa o panorámica (Panorex): solo una por persona, incluida una placa panorámica, en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Radiografías de aleta de mordida: solo 2 cargos por persona por año calendario.

Profilaxis (limpieza), incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal (después de terapia activa): solo 2 por persona por año calendario.

Aplicación tópica de flúor (sin incluir profilaxis): limitada a personas menores de 19 años. Solo 1 por persona por año calendario.

Aplicación tópica de sellador, por pieza dental, en una pieza dental posterior, para una persona menor de 19 años: solo 2 tratamientos por pieza dental de por vida.

Conservador de espacio unilateral fijo: limitado a tratamiento no ortodóncico.

HC-DEN3

04-10
V5M

Servicios Clase II: Restauraciones básicas, periodoncia, endodoncia, cirugía bucal, mantenimiento de prótesis

Empaste de amalgama

Empaste de composite/resina

Tratamiento de conducto: todas las radiografías, pruebas, exámenes de laboratorio o cuidados de seguimiento son parte de la asignación para el tratamiento de conducto y no un Servicio dental separado.

Cirugía ósea: la entrada y cierre del colgajo es parte de la asignación para cirugía ósea y no un Servicio dental separado.

Remoción del sarro y alisado radicular: boca entera Ajustes: dentadura postiza completa

Cualquier ajuste o reparación de una dentadura postiza dentro de los 6 meses de su colocación no es un Servicio dental separado.

Recementado de puente

Extracciones de rutina

Anestesia general: se paga como un beneficio aparte solo cuando sea Médica o Dentalmente necesaria, según lo determine Cigna, y cuando sea administrada junto con los procedimientos quirúrgicos bucales complejos que estén cubiertos por este plan.

Sedantes I.V.: se pagan como un beneficio aparte solo cuando sean Médica o Dentalmente necesarios, según lo determine Cigna, y cuando se administren junto con los procedimientos quirúrgicos bucales complejos que estén cubiertos por este plan.

HC-DEN163

04-10
V1

Servicios Clase III: Restauraciones mayores, dentaduras postizas y puentes

Coronas

Nota: Las restauraciones de coronas son Servicios dentales solo cuando no se puede restaurar la pieza dental con amalgama, empaste de composite/resina, silicato, acrílico o plástico, como resultado de caries o fractura extensa.

Porcelana fundida con metal muy noble

Completa de metal moldeado muy noble

Molde tres cuartos, metálico

Aparatos móviles

Dentaduras postizas completas, superior o inferior

Dentaduras postizas parciales

Inferior, base de metal moldeado con apoyo de resina (incluye ganchos, soportes y piezas dentales convencionales)

Superior, base de metal moldeado con apoyo de resina (incluye ganchos, soportes y piezas dentales convencionales)

Aparatos fijos

Póntico: metal moldeado muy noble

Póntico: porcelana fundida con metal muy noble

Póntico: resina con metal muy noble

Coronas retenedoras: resina con metal muy noble

Coronas retenedoras: porcelana fundida con metal muy noble

Coronas retenedoras: completa de metal moldeado muy noble

Prótesis sobre implante: un dispositivo protésico, sostenido por un implante o pilar de implante, es un Gasto cubierto. El reemplazo de todo tipo de prótesis por una prótesis sostenida por un implante o pilar de implante solo se paga si la prótesis existente tiene por lo menos 60 meses consecutivos de antigüedad y no es utilizable ni reparable.

HC-DEN172

07-14
V1

Servicios Clase IV: Ortodoncia

Cada mes de tratamiento activo se considera un Servicio dental separado.

Los Gastos cubiertos incluyen:

Tratamiento ortodóncico que incluye radiografías, moldes de diagnóstico y plan de tratamiento, y el primer mes de tratamiento activo, con todos los aparatos de tratamiento activo y retención.

Tratamiento activo continuo después del primer mes.

Aparatos fijos o móviles: solo un aparato por persona para ajuste de piezas dentales o para controlar hábitos nocivos.

Observación periódica de la dentición del paciente para determinar cuándo debe comenzar el tratamiento de ortodoncia, a intervalos establecidos por el dentista, hasta cuatro veces por año calendario.

La cantidad total pagadera por todos los gastos incurridos para ortodoncia durante la vida de una persona no será más del máximo de ortodoncia que aparece en el Programa.

Los pagos del tratamiento de ortodoncia completo con bandas se realizan en cuotas. Los pagos de beneficios se efectuarán cada 3 meses. El primer pago deberá realizarse cuando se coloque el aparato. Los pagos posteriores vencerán al finalizar cada período de 3 meses. La primera cuota será del 25% del cargo por todo el tratamiento. El resto del cargo se prorratea a lo largo de la duración estimada del tratamiento. Los pagos solo se efectúan por los servicios prestados mientras una persona se encuentre asegurada. Si la cobertura de seguro finaliza o cesa el tratamiento, el pago correspondiente al último período de 3 meses se prorrateará.

HC-DEN6

04-10
V3

Servicios Clase V – Disfunción de la articulación temporomandibular no quirúrgica

Solo el servicio dental mencionado a continuación se considerará un gasto cubierto para el tratamiento de la Disfunción de la articulación temporomandibular:

- Dispositivo ortopédico oclusal.
- Incluye las inyecciones que no se realicen directamente en la articulación temporomandibular.

HC-DEN146

04-10
V1M

Servicios Clase VII – Extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas

Extracción quirúrgica de pieza dental erupcionada que requiera elevación del colgajo mucoperiostico y extracción del hueso y/o seccionamiento de la pieza dental.

Extracción de pieza dental impactada, tejido blando

Extracción de pieza dental impactada, parcialmente ósea

Extracción de pieza dental impactada, completamente ósea

La anestesia local, los analgésicos y los cuidados postoperatorios de rutina en extracciones y otros procedimientos de cirugía bucal no se reembolsan por separado, sino que se consideran parte del honorario presentado para el procedimiento quirúrgico global.

Servicios Clase IX – Implantes

Los Gastos dentales cubiertos incluyen: la colocación quirúrgica del cuerpo de implante o marco de cualquier tipo; cualquier dispositivo, índice o guía quirúrgica que se use para cirugía de implante; pilares de implantes prefabricados o fabricados a medida; o extracción de un implante existente. La extracción del implante está cubierta solo si el implante no es utilizable ni reparable.

La cobertura de implantes puede tener un deducible, máximo anual y/o máximo de por vida separado como se indica en el Programa.

HC-DEN8

04-10
V1

Gastos no cubiertos

Los Gastos cubiertos no incluirán los siguientes conceptos y no se pagará por ellos:

- Servicios realizados solo por razones estéticas.
- Reemplazo de un aparato perdido o robado.
- Reemplazo de un puente, corona o dentadura postiza dentro de los 5 años posteriores a la fecha de colocación original, a menos que: ese reemplazo sea necesario debido a la colocación de una dentadura postiza completa opuesta original o a la extracción necesaria de una pieza dental natural; o el puente, la corona o la dentadura postiza se hayan dañado, mientras estaban en la boca, y no sea posible repararlos como resultado de una lesión recibida mientras una persona está asegurada para recibir estos beneficios.
- Cualquier reemplazo de un puente, corona o dentadura postiza que se esté utilizando o se pueda utilizar de acuerdo con los estándares dentales comunes.
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, excepto las dentaduras postizas completas, cuyo fin principal sea: cambiar la dimensión vertical, estabilizar las piezas dentales con problemas periodontales o restaurar la oclusión.
- Recubrimientos de porcelana o materiales acrílicos de coronas o pónicos en los primeros, segundos y terceros molares inferiores y superiores, o que los reemplazan.
- Registros de mordida; suplementos de precisión o semiprecisión; o ferulización.
- Instrucción para el control del sarro, higiene bucal y dieta.
- Servicios dentales que no cumplen con los estándares dentales comunes.
- Servicios que se consideren servicios médicos.
- Servicios y suministros recibidos de un Hospital.
- Servicios para los cuales, según la sección “Limitaciones generales”, los beneficios no sean pagaderos.

HC-DEX1

04-10
V1

Limitaciones generales

Beneficios dentales

No se pagarán los gastos incurridos por usted ni por ninguno de sus Dependientes:

- En relación con una Lesión que surja con motivo de cualquier trabajo por un sueldo o ganancias, o durante su desempeño.
- En relación con una Enfermedad que esté cubierta en virtud de alguna ley de seguro de accidentes de trabajo o similar.
- Por cargos cobrados por un Hospital que sea propiedad del Gobierno de los Estados Unidos, que sea operado por este gobierno, o que brinde cuidados u ofrezca servicios para el Gobierno de los Estados Unidos, si dichos cargos tienen una relación directa con alguna afección relativa al servicio militar.
- Por servicios o suministros recibidos como resultado de una enfermedad, defecto o lesión dental causados por un acto bélico, declarado o no declarado.
- En la medida en que dicho pago sea ilegal donde resida la persona cuando se incurra en los gastos.
- Por cargos que la persona no esté legalmente obligada a pagar. Por ejemplo, si Cigna determina que un proveedor lo ha eximido del pago de una parte de sus cargos y/o una parte de las cantidades del copago, deducible y/o coseguro que usted debe pagar por un Servicio cubierto (como se muestra en el Programa) sin el consentimiento expreso de Cigna, o las ha reducido o perdonado, Cigna tendrá derecho, a su entera discreción, a denegar el pago de beneficios en relación con el Servicio cubierto, o reducir los beneficios en proporción a las cantidades del copago, deducible y/o coseguro que se hayan eximido, perdonado o reducido, sin importar si el proveedor manifiesta que usted sigue siendo responsable de las cantidades que su plan no cubra. En ejercicio de esa discreción, Cigna tendrá derecho a exigirle que proporcione a Cigna prueba suficiente de que usted ha realizado el pago requerido de su parte del costo compartido antes del pago de cualquier beneficio por parte de Cigna. Esta exclusión incluye, a modo de ejemplo, los cargos de un Proveedor no participante que ha aceptado cobrarle o le ha cobrado según un nivel de beneficios dentro de la red u otro nivel de beneficios que, de lo contrario, no se aplicaría a los servicios recibidos.
- Los cargos que surjan de cualquier violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud o que guarden relación con una violación de esta naturaleza, o que sean en sí mismos una violación de una ley estatal o federal relacionada con el cuidado de la salud.
- Por cargos que no se hubieran cobrado si la persona no tuviera seguro.
- En la medida en que los cargos facturados excedan el porcentaje de reembolso descrito en el Programa.
- Por cargos por cuidados, tratamiento o cirugía innecesarios.
- En la medida en que usted o cualquiera de sus Dependientes de alguna manera reciba un pago o tenga derecho a recibir un pago por esos gastos por medio de un programa público que no sea Medicaid.

- En relación con procedimientos o métodos de tratamiento experimentales no aprobados por la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association) o la asociación dental especializada que corresponda.

HC-DEX1

10-14
VII

Coordinación de beneficios

Esta sección se aplica si usted o alguno de sus Dependientes está cubierto por más de un Plan, y determina cómo se coordinarán los beneficios pagaderos por todos esos Planes. Deberá presentar todos los reclamos ante cada Plan.

La cobertura en virtud de este Plan más otro Plan no garantizará el reembolso del 100%.

Definiciones

A los fines de esta sección, los términos que aquí se detallan tienen los siguientes significados:

Plan

Cualquiera de los siguientes que brinda beneficios o servicios para atención o tratamiento médico o dental:

- Seguro colectivo y/o cobertura de tipo colectivo, ya sea asegurada o autoasegurada, que no puede ser adquirida por el público en general ni es contratada en forma individual, incluida la cobertura cerrada de especialistas.
- Beneficios del gobierno según lo permitido por la ley, excepto Medicaid, Medicare y las pólizas complementarias de Medicare.
- Cobertura de beneficios médicos colectivos, de tipo colectivo, y los contratos individuales de seguro médico para accidentes automovilísticos.

Cada Plan o parte de un Plan que tenga derecho a coordinar beneficios se considerará un Plan separado.

Plan cerrado de especialistas

El Plan que proporciona beneficios médicos o dentales principalmente en forma de servicios a través de un grupo de proveedores empleados o contratados, y que limita o excluye los beneficios brindados por los proveedores fuera del grupo, salvo en caso de emergencia o referencia por parte de un proveedor del grupo.

Plan primario

El Plan que determina y proporciona o paga sus beneficios sin tomar en cuenta la existencia de cualquier otro Plan.

Plan secundario

El Plan que determina y puede reducir sus beneficios después de tomar en cuenta los beneficios proporcionados o pagados por el Plan primario. El Plan secundario puede también

recuperar del Plan primario el Valor en efectivo razonable de cualquier servicio que usted reciba en virtud del primero.

Valor en efectivo razonable

La cantidad que un proveedor de servicios de cuidado de la salud con la licencia adecuada normalmente cobra a los pacientes y que se encuentra dentro del margen de tarifas que otros proveedores de cuidado de la salud ubicados en la zona geográfica aledaña a aquella donde se prestó el servicio de cuidado de la salud normalmente cobran por el mismo servicio prestado en circunstancias similares o comparables.

Reglas para determinar el orden de los beneficios

El Plan que no tenga una regla de coordinación de beneficios compatible con esta sección será siempre el Plan primario. Si el Plan tiene una regla de coordinación de beneficios compatible con esta sección, la primera de las siguientes reglas que se aplique a la situación es la que se debe utilizar:

- El Plan que cubre a una persona como miembro o como empleado será el Plan primario, y el Plan que lo cubre como Dependiente será el Plan secundario.
- Para un hijo Dependiente cuyos padres no están divorciados o separados legalmente, el Plan primario será el Plan que cubra al padre cuya fecha de nacimiento sea anterior en el año calendario.
- Para el Dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios de los Dependientes se determinarán en el siguiente orden:
 - primero, si una orden judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de la salud o de la cobertura médica del menor, y el Plan para ese padre tiene conocimiento real de los términos de la orden, pero solo desde el momento en que tuvo conocimiento real;
 - luego, el Plan del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el Plan del cónyuge del padre que tenga la custodia del menor;
 - luego, el Plan del padre que no tenga la custodia del menor; y
 - por último, el Plan del cónyuge del padre que no tenga la custodia del menor.
- El Plan que lo cubra como empleado activo (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan primario, y el Plan que lo cubra como empleado cesante o jubilado (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan secundario. Si el otro Plan no cuenta con una disposición similar y, como resultado, los Planes no pueden acordar la determinación del orden de los beneficios, este párrafo no se aplicará.

- El Plan que lo cubra en virtud del derecho de continuación establecido por las leyes federales o estatales será el Plan secundario, y el Plan que lo cubra como empleado activo o jubilado (o como Dependiente de ese empleado) será el Plan primario. Si el otro Plan no cuenta con una disposición similar y, como resultado, los Planes no pueden acordar la determinación del orden de los beneficios, este párrafo no se aplicará.
- Si uno de los Planes que le proporciona cobertura se emite fuera del estado cuyas leyes se aplican a esta Póliza y determina el orden de los beneficios según el sexo de uno de los padres, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en cuanto a la determinación del orden de los beneficios, el Plan que contenga las normas sobre el sexo determinará el orden de los beneficios.

Si no se pudiese determinar el orden de los beneficios de acuerdo con ninguna de las normas previamente mencionadas, el Plan que lo ha cubierto durante el período más largo será considerado el Plan primario.

Efectos sobre los beneficios de este Plan

Si este Plan es el Plan secundario, los beneficios que serían pagaderos en virtud de este Plan en ausencia de Coordinación se reducirán en función de los beneficios pagaderos por todos los demás Planes para el gasto cubierto por este Plan.

Cuando un Plan brinda beneficios en forma de servicios, el Valor en efectivo razonable de cada servicio prestado se considerará un gasto incurrido y un beneficio pagadero.

Recuperación de beneficios en exceso

Si Cigna paga cargos por servicios y suministros que debería haber pagado el Plan primario, Cigna tendrá derecho a recuperar dichos pagos.

Cigna tendrá exclusiva discreción para solicitar tal reembolso a cualquier persona que haya recibido el servicio o el pago, o con respecto a la cual se haya brindado el servicio o efectuado el pago, por parte de cualquier compañía de seguros, cualquier plan de cuidado de la salud u otra organización. Si así lo solicitáramos, usted deberá confeccionar y enviarnos los instrumentos y documentos que determinemos necesarios para asegurarnos el derecho al reembolso.

Derecho a recibir y divulgar información

Cigna, sin tener que informarle u obtener su consentimiento, puede obtener información de cualquier otro Plan o divulgar información a cualquier otro Plan con respecto a usted, con el propósito de coordinar sus beneficios de acuerdo con esta sección. Usted debe brindarnos la información que le solicitamos para coordinar sus beneficios en virtud de esta sección. Esta solicitud puede realizarse con relación a un reclamo presentado; si ese es el caso, se le notificará de la necesidad de proporcionar la información de la “otra

cobertura” (con la Explicación de beneficios pagados de acuerdo con el Plan primario) antes de que se procese el reclamo para obtener el pago. Si no se obtuviera respuesta dentro de los 90 días de la solicitud, el reclamo será rechazado. Si la información solicitada se recibiera con posterioridad, el reclamo se procesará.

HC-COB5

04-10
V1

Gastos por los que un tercero podría ser responsable

Este plan no cubre:

- Gastos en los que incurra usted o su Dependiente (en adelante denominados en forma individual o colectiva “Participante”) por los que otra parte podría ser responsable como resultado de haber causado o contribuido a la Lesión o Enfermedad.
- Gastos en los que incurra un Participante en la medida en que se reciba algún pago por dichos gastos, ya sea directa o indirectamente, por parte de un tercero responsable o como resultado de un arreglo negociado, sentencia judicial o laudo arbitral, en relación con cualquier seguro de gastos médicos para el automovilista y los pasajeros, seguro automotriz sin culpa, seguro de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente, seguro combinado familiar, seguro de accidentes de trabajo, seguro gubernamental (que no sea Medicaid), o algún tipo similar de seguro o cobertura. La cobertura de este plan es secundaria a cualquier cobertura de un seguro automotriz sin culpa o similar.

Derecho de reembolso

Si un Participante incurre en un Gasto cubierto por el cual, a criterio del plan o de su administrador de reclamos, es posible que otra parte sea responsable o por el cual el Participante puede recibir un pago según lo descrito precedentemente, al plan se le otorga un derecho de reembolso, con el alcance de los beneficios proporcionados por el plan, sobre el monto del reintegro que se recupere mediante cualquier arreglo negociado, sentencia judicial o de alguna otra manera.

Derecho de privilegio del Plan

Al aceptar los beneficios en virtud de este plan, el Participante:

- le otorga un derecho de privilegio al plan y le asigna una cantidad equivalente a los beneficios pagados en virtud del plan sobre cualquier reintegro recuperado por el Participante o en su nombre que sea vinculante para cualquier abogado u otro tercero que represente al Participante, sea o no agente del Participante o de cualquier compañía de seguros, u otra parte financieramente responsable contra la cual el Participante pueda tener un

reclamo, siempre que el plan o sus agentes hayan cursado notificación a dicho abogado, compañía de seguros u otro tercero;

- acepta que este derecho de privilegio constituirá una carga sobre el monto del reintegro y el plan tendrá derecho a hacer valer un derecho de garantía sobre esta carga;
- acepta mantener el monto del reintegro en un fideicomiso para beneficio del plan en la medida de cualquier pago efectuado por el plan.

Términos adicionales

- Ningún Participante adulto en virtud del presente podrá ceder ningún derecho que pueda tener para recuperar gastos médicos de algún tercero u otra persona física o jurídica a un Dependiente menor de edad de dicho Participante adulto sin el previo consentimiento por escrito del plan. El derecho a recuperar del plan se aplicará a los arreglos negociados o reintegros de descendientes, menores y personas incompetentes o incapacitadas.
- Ningún Participante podrá realizar ningún arreglo que específicamente reduzca o excluya, o intente reducir o excluir, los beneficios proporcionados por el plan.
- El derecho de recuperación del plan constituirá un derecho de privilegio superior sobre cualquier monto recuperado por el Participante. Este derecho de recuperación no se verá vulnerado ni reducido por la aplicación de las denominadas “Doctrina del resarcimiento pleno”, “Doctrina de Rimes” o cualquier otra doctrina similar que pretenda vulnerar los derechos de recuperación del plan asignando los fondos exclusivamente a la indemnización de gastos no médicos.
- Ningún Participante en virtud del presente incurrirá en gastos en nombre del plan para hacer valer los derechos del plan en virtud de este documento; específicamente, no podrán deducirse costos judiciales, ni honorarios de abogados o de otros representantes del monto del reintegro del plan sin el previo consentimiento por escrito del plan. Este derecho no se verá vulnerado por las denominadas “Doctrina del fondo”, “Doctrina del fondo común” o “Doctrina del fondo del abogado”.
- El plan recuperará la cantidad total de los beneficios brindados en virtud del presente documento independientemente de cualquier reclamo relacionado con la culpabilidad por parte del Participante, ya sea en virtud del principio de proporcionalidad de la culpa u otro.
- El plan por el presente rechaza todas las oposiciones en virtud del régimen de *Equity* para hacer valer su derecho de recuperación. Los derechos de recuperación del plan no se ven afectados ni disminuidos por las oposiciones en virtud del régimen de *Equity*.

- En caso de que un Participante no cumpla con sus obligaciones en virtud del presente o se niegue a hacerlo, el plan tendrá derecho a recuperar cualquier costo en el que haya incurrido para exigir el cumplimiento de los términos de este documento, incluidos, a modo de ejemplo, los honorarios de abogados, costos judiciales y otros gastos. El plan también tendrá derecho a compensar la obligación de reembolso con cualquier derecho a beneficios médicos futuros en virtud del presente hasta tanto el Participante haya cumplido plenamente con sus obligaciones de reembolso, independientemente del modo en que se devenguen dichos beneficios médicos futuros.
- Toda referencia a la legislación estatal en cualquier otra disposición de este plan no será aplicable a esta disposición, si el plan se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés). Al aceptar los beneficios en virtud del plan, el Participante acepta que un incumplimiento de las disposiciones del presente causaría un perjuicio irreparable y significativo, que no tendría reparación suficiente en virtud de la ley. Asimismo, el plan tendrá derecho a invocar las medidas de reparación en virtud del régimen de *Equity* que sean necesarias para exigir el cumplimiento de los términos del plan, entre las que se incluyen cumplimiento específico de la obligación, restitución, imposición de un derecho de privilegio en virtud del régimen de *Equity* y/o fideicomiso ficticio, así como medidas de carácter compulsivo, restrictivo o prohibitivo.
- Los participantes deben ayudar al plan a hacer valer sus derechos de recuperación brindando la información solicitada.

HC-SUB78

01-17

Pago de los beneficios

Personas a las que se les paga

Los Beneficios dentales pueden cederse al proveedor. Cuando usted cede beneficios a un proveedor, cede la cantidad total de los beneficios correspondientes a ese reclamo. Si se le paga de más al proveedor por aceptar el pago de un paciente con respecto al cargo correspondiente, el proveedor será responsable de reembolsar al paciente. En virtud de los contratos de Cigna con los proveedores, todos los reclamos de los proveedores contratados deben cederse.

Cigna puede, a su entera discreción, pagarle a usted el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, aun si los beneficios se han cedido. Cuando los beneficios se le paguen a usted o a sus Dependientes, usted o sus Dependientes tienen la responsabilidad de reembolsar al proveedor.

Si la persona a la que se deben pagar los beneficios es menor de edad o, en la opinión de Cigna, no puede otorgar un recibo válido por el pago que se le debe, dicha cantidad se pagará a su tutor legal. Si el tutor legal no ha presentado una solicitud de pago, Cigna puede, a su entera discreción, hacer el pago a la persona o institución que a su parecer haya asumido la custodia y la manutención del menor.

En caso de muerte de alguno de nuestros participantes, es posible que se notifique a Cigna la designación de un albacea testamentario. El albacea testamentario tiene los mismos derechos que nuestro asegurado y se le deberán efectuar los pagos de los beneficios correspondientes a los reclamos no cedidos.

El pago que se haga según se describió anteriormente liberará a Cigna de toda responsabilidad en la medida de cualquier pago realizado.

Recuperación del pago en exceso

Cuando Cigna haga pagos en exceso, tendrá derecho en cualquier momento a: recuperar el pago en exceso de la persona a quien o en cuyo nombre fue efectuado; o compensar el monto de ese pago en exceso con el pago de un reclamo futuro. Además, su aceptación de los beneficios en virtud de este plan y/o la cesión de Beneficios dentales por separado crea un derecho de privilegio constituido mediante acuerdo en virtud del régimen de *Equity* conforme al cual Cigna puede solicitar la recuperación de cualquier pago en exceso. Usted acepta que Cigna, al solicitar la recuperación de cualquier pago en exceso como un derecho contractual o un derecho de privilegio constituido mediante acuerdo en virtud del régimen de *Equity*, podrá accionar contra los activos generales de la persona física o jurídica a quien o en cuyo nombre se efectuó el pago en exceso.

HC-POB4

09-13
V8

Varios

Como miembro de un plan de Cigna Dental, es posible que cumpla con los requisitos para diversos descuentos, beneficios u otras prestaciones, con el fin de promover su salud y bienestar general. Visite nuestro sitio web en www.cigna.com para conocer detalles.

Si usted es miembro de un plan de Cigna Dental, es posible que cumpla con los requisitos para recibir beneficios dentales adicionales durante determinados episodios de cuidado. Por ejemplo, es posible que determinados límites de frecuencia aplicables a servicios dentales se flexibilicen para las mujeres embarazadas, las personas diabéticas o quienes sufren enfermedades cardíacas. Consulte los materiales de inscripción de su plan para conocer los detalles.

HC-POBS

04-10
V1

Finalización del seguro

Empleados

Su seguro terminará en una de las fechas detalladas a continuación, la que ocurra primero:

- La fecha en la que deje de pertenecer a una Clase de Empleados que cumplen con los requisitos o que ya no reúna las condiciones exigidas por el seguro.
- La última fecha en la que haya realizado algún aporte requerido para el seguro.
- La fecha en que la póliza se cancele.
- La fecha en que su Servicio activo finalice, salvo según se describe a continuación.

Cualquier continuación del seguro debe basarse en un plan que imposibilite la selección individual.

Suspensión temporal o licencia

Si su Servicio activo termina debido a una suspensión temporal o licencia, su seguro continuará hasta la fecha que determine su Empleador.

Lesión o Enfermedad

Si su Servicio activo termina debido a una Lesión o Enfermedad, su seguro continuará durante hasta 6 meses mientras permanezca incapacitado de manera total y continua como resultado de la Lesión o Enfermedad. Sin embargo, su seguro no continuará después de la fecha en que su Empleador cancele el seguro.

Jubilación

Si su Servicio activo termina debido a que se jubila, su seguro continuará hasta la fecha que determine su Empleador.

Dependientes

El seguro para todos sus Dependientes cesará en cualquiera de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- La fecha en que cese su seguro.
- La fecha en que usted deje de cumplir con los requisitos para el seguro de Dependientes.
- La última fecha en la que haya realizado algún aporte requerido para el seguro.
- La fecha en la que se cancele el seguro de Dependientes.

El seguro de cualquiera de sus Dependientes cesará en la fecha en que el Dependiente ya no reúna los requisitos como tal.

HC-TRM144M

01-18

Extensión de los beneficios dentales

Un gasto incurrido en relación con un Servicio dental que se complete luego de que los beneficios de la persona cesen se considerará como incurrido dentro del seguro si:

- Para el puente fijo y las dentaduras postizas parciales o completas, se tomaron las primeras impresiones y/o se prepararon por completo los implantes dentales mientras cubría el seguro, y dispositivo se le colocó o entregó dentro de los 3 meses calendario después del cese del seguro.
- Para una corona, incrustación inlay o restauración onlay, el diente o la muela se prepara mientras el seguro está vigente, y la corona, incrustación inlay o restauración onlay se coloca dentro de los 3 meses calendario después del cese del seguro.
- Para el tratamiento de conducto, la cámara pulpar de la pieza dental se abre mientras cubre el seguro y el tratamiento se completa dentro de los 3 meses calendario después del cese del seguro.

No hay extensión para ningún otro Servicio dental a excepción de los mencionados previamente.

HC-BEX3

04-10
V1

Requisitos federales

Las siguientes páginas explican sus derechos y responsabilidades en virtud de las leyes y reglamentaciones federales. Es posible que algunos estados tengan requisitos similares. Si en alguna otra parte de este folleto aparece una disposición similar, se aplicará la disposición que proporcione el mejor beneficio.

HC-FED1

10-10

Notificación sobre directorios/redes de Proveedores

Notificación sobre directorios de Proveedores y redes de Proveedores

Puede acceder a una lista de proveedores de la red sin cargo visitando el sitio web o llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. La red está conformada por profesionales dentales de diversas especialidades así como de medicina general, afiliados a Cigna o que tienen un contrato con Cigna o con una organización que celebra contratos en su nombre.

HC-FED78

10-10

Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO)

Requisitos para recibir cobertura en virtud de una QMCSO

Si se emite una Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés) a favor de su hijo, ese hijo cumplirá con los requisitos para recibir cobertura según lo exigido por la orden, y usted no será considerado un Inscrito fuera de plazo para el seguro de Dependientes.

Debe notificar a su Empleador y elegir la cobertura para ese hijo y para usted, si todavía no está inscrito, dentro del plazo de 31 días a partir de la emisión de la QMCSO.

Definición de Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos

Una Orden calificada de beneficios médicos para manutención de los hijos es una sentencia, decreto judicial u orden (incluida la aprobación de un acuerdo de conciliación), o una notificación administrativa, que se emite de conformidad con una ley de relaciones familiares estatal (incluida una ley de comunidad de bienes adquiridos durante el matrimonio), o con un proceso administrativo, que prevé la manutención de los hijos o la cobertura de beneficios de salud a favor de dichos hijos y se relaciona con beneficios en virtud del plan de salud colectivo, y que a su vez cumple con todos los siguientes requisitos:

- la orden reconoce o crea el derecho de un hijo a recibir beneficios de salud colectivos para los cuales un participante o beneficiario cumple con los requisitos;
- la orden especifica su nombre y último domicilio conocido, y el nombre y último domicilio conocido del hijo; no obstante, la dirección postal del hijo puede reemplazarse con el nombre y el domicilio de un funcionario de una subdivisión estatal o política;
- la orden incluye una descripción de la cobertura que se brindará, o la manera en que se determinará el tipo de cobertura;
- la orden indica el período al cual se aplicará; y
- si la orden es una Notificación nacional de beneficios médicos para manutención completada de conformidad con la Ley de Cumplimiento e Incentivo para la Manutención de los Hijos de 1998, dicha Notificación cumple con los requisitos precedentes.

La QMCSO no podrá exigirle a la póliza del seguro de salud que brinde cobertura para un tipo o forma de beneficio u opción que no esté incluido en la póliza; no obstante, una orden podrá exigirle al plan que cumpla con las leyes del Estado sobre la cobertura de cuidado de la salud.

Pago de los beneficios

El pago de beneficios para reembolsar Gastos cubiertos pagados por el hijo, o el padre que ejerce la custodia del hijo o su tutor legal, se efectuará al hijo, al padre que ejerce la custodia del hijo o a su tutor legal, o a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección aparezcan en lugar del nombre y la dirección del hijo.

HC-FED4

10-10

Efecto de las reglamentaciones fiscales del Artículo 125 sobre este Plan

Su Empleador ha optado por administrar este Plan de conformidad con las reglamentaciones del Artículo 125 del Código de Impuestos Internos. De acuerdo con esta reglamentación, usted puede prestar su consentimiento para que una parte de su salario antes de impuestos se destine al costo de sus beneficios.

De lo contrario, recibirá sus ingresos sujetos a impuestos en efectivo (salario).

A. Elecciones de cobertura

De acuerdo con las reglamentaciones del Artículo 125, en general usted puede inscribirse en una cobertura o cambiar de cobertura solo antes de cada período de beneficios anual. No obstante, se admiten excepciones:

- si su Empleador está de acuerdo, y usted cumple con los requisitos especificados en las Secciones B a H y se inscribe en una cobertura o cambia de cobertura dentro del plazo establecido por su Empleador.

B. Cambio de condición

Un cambio de condición se define como:

- cambio en el estado civil legal por matrimonio, muerte de un cónyuge, divorcio, anulación o separación legal;
- cambio en la cantidad de Dependientes por nacimiento, adopción, tutela para la adopción o muerte de un Dependiente;
- cambio en la condición de empleo del Empleado, su cónyuge o Dependiente debido a la finalización o el inicio de una relación laboral, huelga, cierre patronal, comienzo o finalización de una licencia sin goce de sueldo, incluida la licencia en virtud de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos (FMLA, por sus siglas en inglés), o cambio de lugar de trabajo;
- cambios en la condición de empleo del Empleado, su cónyuge o Dependiente como resultado de lo cual empieza a cumplir o deja de cumplir con los requisitos para la cobertura;

- cambio de lugar de residencia del Empleado, su cónyuge o Dependiente a un lugar fuera del área de servicio de la red del Empleador; y
- cambios que hacen que un Dependiente empiece a cumplir o deje de cumplir con los requisitos para la cobertura.

C. Orden judicial

Un cambio en la cobertura en virtud de una orden judicial del Empleado u otra persona para cubrir a un Dependiente.

D. Requisitos/derecho a recibir Medicare o Medicaid

El Empleado, su cónyuge o Dependiente cancela o reduce la cobertura porque tiene derecho a recibir Medicare o Medicaid, o se inscribe en una cobertura o la aumenta porque dejó de cumplir con los requisitos para recibir Medicare o Medicaid.

E. Cambio en el costo de la cobertura

Si el costo de los beneficios aumenta o disminuye durante un período de beneficios, su Empleador podrá, de conformidad con los términos del plan, cambiar automáticamente su aporte opcional.

Si el cambio en el costo es significativo, usted podrá aumentar su aporte o bien optar por una cobertura menos costosa. Cuando se realice una reducción general significativa a la opción de beneficios que ha elegido, podrá elegir otra opción de beneficios que esté disponible. Cuando se agregue una nueva opción de beneficios, podrá cambiar su elección a la nueva opción de beneficios.

F. Cambios en la cobertura del cónyuge o Dependiente en virtud del plan de otro empleador

Usted puede realizar un cambio en la elección de cobertura si el plan de su cónyuge o Dependiente: efectúa un cambio como agregar o eliminar una opción de beneficios; permite cambios en la elección debido a Cambio de condición, Orden judicial o Requisitos/derecho a recibir Medicare o Medicaid; o este Plan y el otro plan tienen distintos períodos de cobertura o de inscripción abierta.

HC-FED95

04-17

Requisitos para la cobertura de hijos adoptados

Cualquier niño que sea adoptado por usted, incluido un niño que reciba en tutela para la adopción, cumplirá con los requisitos para el seguro de Dependientes si, por lo demás, cumple con los requisitos para ser considerado Dependiente, a partir de la fecha en que lo reciba en adopción o tutela. Se considerará que un niño está en tutela para la adopción cuando usted quede legalmente obligado a proveer la manutención de ese niño, en forma total o parcial, antes de su adopción.

Si un niño en tutela para la adopción no es adoptado, cesará toda la cobertura de salud cuando cese la tutela, sin continuación.

HC-FED67V1

09-14

Cobertura del plan colectivo en lugar de Medicaid

Si su ingreso y sus recursos líquidos no superan determinados límites fijados por ley, es posible que el estado decida pagar las primas de esta cobertura en lugar de Medicaid, si resulta conveniente en función de los costos. Esto incluye las primas de la continuación de la cobertura exigida por ley federal.

HC-FED13

10-10

Requisitos de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993 (con sus modificaciones) (FMLA)

Las disposiciones de la póliza que contemplan: la continuación del seguro durante una licencia; y la rehabilitación del seguro después de regresar al Servicio activo; se verán modificadas por las siguientes disposiciones de la Ley federal de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones, según corresponda:

Continuación del seguro de salud durante una licencia

Su seguro de salud continuará durante una licencia si:

- esa licencia cumple con los requisitos de licencia según la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones; y
- usted es un Empleado que cumple con los requisitos en virtud de los términos de dicha Ley.

El costo de su seguro de salud durante dicha licencia debe pagarse, ya sea totalmente por su Empleador, o parte por usted y parte por su Empleador.

Rehabilitación de un seguro cancelado después de una licencia

Cuando regrese al Servicio activo después de una licencia que cumpla con los requisitos en virtud de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones, se rehabilitará cualquier seguro que haya sido cancelado (de salud, de vida o por incapacidad) a partir de la fecha de su regreso.

No deberá cumplir con ningún período de espera para cumplir con los requisitos ni para recibir los beneficios en la medida en que haya cumplido con todo esto antes del inicio de dicha licencia.

Su Empleador le brindará información detallada acerca de la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993, con sus modificaciones.

HC-FED93

10-17

Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Personal Uniformado de 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Personal Uniformado de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés) establece los requisitos para la continuación de la cobertura de salud y la recontratación con respecto a la licencia de un Empleado por motivos militares. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental suya y de sus Dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de seguro de Vida, por Incapacidad a corto plazo o a largo plazo, o por Muerte y desmembramiento accidental que pueda tener.

Continuación de la cobertura

Para licencias de menos de 31 días, la cobertura continuará como se describe en la sección Finalización con respecto a las Licencias.

Para licencias de 31 días o más, podrá continuar con la cobertura para usted y sus Dependientes del siguiente modo:

Podrá continuar recibiendo beneficios si le paga la prima requerida a su Empleador, hasta cualquiera de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- 24 meses desde el último día de la relación laboral con el Empleador;
- el día posterior a que no regresó a trabajar; y
- la fecha en que la póliza se cancele.

Su Empleador podrá cobrarles a usted y a sus Dependientes hasta el 102% de la prima total.

Rehabilitación de beneficios (aplicable a todas las coberturas)

Si su cobertura finaliza durante la licencia porque no elige USERRA al vencimiento de USERRA y es recontratado por su Empleador actual, la cobertura para usted y sus Dependientes podrá rehabilitarse si le cursó a su Empleador notificación escrita u oral anticipada de su licencia por servicio militar, y la duración de todas las licencias por motivos militares mientras esté empleado por su Empleador actual no supera los 5 años.

Usted y sus Dependientes estarán sujetos únicamente al remanente de un período de espera que no se hubiera cumplido antes de que comenzara la licencia. No obstante, si se produce una Lesión o Enfermedad o esta se agrava durante la licencia por motivos militares, se aplicarán todas las limitaciones del Plan.

Si su cobertura en virtud de este plan finaliza porque cumple con los requisitos para recibir cobertura médica y dental militar, y su orden de servicio activo se cancela antes de que comience su servicio activo, estos derechos de rehabilitación se seguirán aplicando.

HC-FED18

10-10

Procedimientos para la determinación del reclamo en virtud de ERISA

Procedimientos sobre determinaciones de Necesidad médica

En general, los servicios y beneficios de salud deben ser Médicamente necesarios para estar cubiertos por el plan. Los procedimientos para determinar la Necesidad médica varían de acuerdo con el tipo de servicio o beneficio solicitado, y el tipo de plan de salud.

Usted o su representante autorizado (normalmente su profesional de cuidado de la salud) deben solicitar las determinaciones de Necesidad médica de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación, en el folleto y en los documentos de participación en la red de su proveedor, según corresponda.

Cuando se determine que los servicios o los beneficios no están cubiertos, usted o su representante recibirán una descripción escrita de la determinación adversa, y podrán apelar la determinación. Los procedimientos de apelación se describen en el folleto, en los documentos de participación en la red de su proveedor, según corresponda, y en las notificaciones de determinación.

Determinaciones posteriores al servicio

Cuando usted o su representante soliciten una determinación de cobertura o una determinación del pago del reclamo después de que se hayan prestado los servicios, Cigna les notificará a usted o a su representante acerca de la determinación dentro de un plazo de 30 días después de recibir la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para emitir la determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a usted o a su representante dentro del plazo de 30 días después de recibir la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud.

Si se necesita más tiempo porque falta información necesaria en la solicitud, la notificación también especificará qué información se necesita, y usted o su representante deberán proporcionar la información especificada a Cigna dentro del plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique que falta información, y se reanudará en la fecha en que usted o su representante respondan a la notificación.

Notificación de determinación adversa

Todas las notificaciones de determinación de beneficios adversa se proporcionarán por escrito o en forma electrónica, e incluirán la siguiente información relacionada con la determinación: el/los motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; una

referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para perfeccionar el reclamo, y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios; una descripción de los procedimientos de revisión del plan y de los plazos aplicables, incluida una declaración de los derechos de la persona que hace el reclamo de iniciar acciones civiles en virtud del artículo 502(a) de ERISA después de una determinación de beneficios adversa en caso de apelación, si corresponde; a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su reclamo; y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar; y en el caso de un reclamo relacionado con cuidado de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerado aplicable a dicho reclamo.

HC-FED83

03-13

Cuidado dental - Qué hacer cuando tenga alguna queja o apelación

A los fines de esta sección, cualquier referencia a “usted” o “su” incluirá también a cualquier representante o proveedor que usted haya designado para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

Deseamos que esté completamente satisfecho con el cuidado que recibe. Por ese motivo, hemos establecido un proceso para abordar sus inquietudes y resolver sus problemas.

Comience con el Servicio al Cliente

Estamos para escucharlo y ayudarlo. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna persona, un servicio, la calidad de la atención o los beneficios contractuales, puede llamar al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación, en la explicación de beneficios o en el formulario de reclamo, y explicarle su inquietud a uno de nuestros representantes de Servicio al Cliente. También puede manifestar esa inquietud por escrito.

Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para resolver la cuestión en su contacto inicial. Si necesitamos más tiempo para revisar o investigar su inquietud, nos comunicaremos con usted lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo. Si no está satisfecho con los resultados de una decisión con respecto a la cobertura, puede iniciar el procedimiento de apelación.

Procedimiento interno de apelación

Para iniciar una apelación, debe presentar una solicitud de apelación por escrito a Cigna dentro de los 180 días de la recepción de una notificación de denegación. En dicha

solicitud, debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar su apelación e incluir cualquier información que respalde su apelación. Si no puede escribir o decide no hacerlo, puede solicitarle a Cigna que registre su apelación por teléfono. Llame o escribanos al número de teléfono gratuito o a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación, explicación de beneficios o formulario de reclamo.

Su apelación será revisada, y una persona no involucrada en la decisión inicial decidirá la cuestión. Las apelaciones con respecto a la Necesidad médica o para determinar si un servicio es clínicamente apropiado serán analizadas por un profesional de cuidado de la salud.

Le comunicaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la apelación correspondiente a una determinación de cobertura posterior al servicio. En caso de necesitar más tiempo o información para realizar la determinación, le notificaremos por escrito para solicitarle una prórroga de hasta 15 días calendario y especificar la información adicional necesaria para completar la revisión.

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

La notificación de la determinación en caso de apelación se proporcionará por escrito o por medios electrónicos y, si se trata de una determinación adversa, incluirá: el/los motivo(s) específico(s) de la determinación adversa; una referencia a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación; una declaración que indique que la persona que hizo el reclamo tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra Información relevante, según la definición incluida a continuación, así como copias de esta documentación; una declaración que describa cualquier procedimiento de apelación voluntario ofrecido por el plan y el derecho de la persona que hace el reclamo de iniciar una acción en virtud del artículo 502(a) de ERISA (si corresponde); a solicitud y sin cargo, una copia de cualquier norma, pauta o protocolo interno, o criterio similar, sobre los que se haya basado la determinación adversa con respecto a su apelación, y una explicación del criterio científico o clínico si la determinación se basa en una Necesidad médica, tratamiento experimental u otra exclusión o limitación similar.

Usted también tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA si no está satisfecho con la decisión tomada en la revisión. Es posible que usted o su plan tengan otras opciones de resolución voluntaria y alternativa de controversias, como la Mediación. Una manera de averiguar las opciones disponibles es comunicarse con la oficina del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de su área y con la agencia reguladora de seguros de su estado. También puede comunicarse con el Administrador del plan.

Información relevante

Información relevante incluye cualquier documento, registro u otra información que: se haya usado como referencia para la determinación de beneficios; se haya presentado, considerado o producido mientras se realizaba la determinación de beneficios, independientemente de que dicha determinación se haya basado en ese documento, registro u otra información; demuestre que cumple con las garantías y procesos administrativos exigidos por la ley federal para realizar la determinación de beneficios; o constituya una declaración de política u orientación con respecto al Plan en relación con la opción de tratamiento o el beneficio no aprobado, o el diagnóstico de la persona que hace el reclamo, independientemente de que la determinación de beneficios se haya basado en dicha orientación o declaración.

Acción legal

Si su plan se rige por ERISA, usted tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA si no está satisfecho con el resultado del Procedimiento de apelación. En la mayoría de los casos, no podrá iniciar una acción legal contra Cigna hasta tanto haya completado los procesos de apelación. No obstante, no podrá iniciarse ninguna acción salvo dentro de un período de tres años después de la presentación de un reclamo para Servicios Dentro de la red o dentro de un período de tres años después de la fecha en que debe presentarse el comprobante de reclamo requerido por el Plan para servicios Fuera de la red.

HC-FED86

06-13

Derechos de continuación en virtud de COBRA según la legislación federal

Para usted y para sus Dependientes

¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés)?

En virtud de la legislación federal, usted y/o sus Dependientes deben tener la oportunidad de continuar con el seguro de salud cuando se produzca un “evento estipulado como requisito” que podría hacerles perder la cobertura en virtud del Plan. Usted y/o sus Dependientes podrán continuar con la misma cobertura que tenían el día anterior al evento estipulado como requisito, a menos que se muden del área de cobertura de ese plan o que el plan deje de estar disponible. Usted y/o sus Dependientes no pueden cambiar las opciones de cobertura hasta el próximo periodo de inscripción abierta.

¿Cuándo está disponible la continuación en virtud de COBRA?

Para usted y sus Dependientes, la continuación en virtud de COBRA está disponible durante un máximo de 18 meses desde la fecha de los siguientes eventos estipulados como requisito, si el evento podría hacerles perder la cobertura en virtud del Plan:

- finalización de su relación laboral por cualquier motivo, que no sea falta de conducta grave, o
- reducción de sus horas de trabajo.

Para sus Dependientes, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA está disponible durante un máximo de 36 meses desde la fecha de los siguientes eventos estipulados como requisito, si el evento podría hacerles perder la cobertura en virtud del Plan:

- su muerte;
- su divorcio o separación legal; o
- para un hijo Dependiente, dejar de reunir los requisitos como Dependiente en virtud del Plan.

¿Quién tiene derecho a la continuación en virtud de COBRA?

Solo los “beneficiarios calificados” (según la definición incluida en la ley federal) pueden optar por continuar con la cobertura del seguro de salud. Un beneficiario calificado puede incluir a las siguientes personas cubiertas por el Plan el día en que se produjo el evento estipulado como requisito: usted, su cónyuge y sus hijos Dependientes. Cada beneficiario calificado tiene su propio derecho a elegir o rechazar la continuación de la cobertura en virtud de COBRA aunque usted rechace dicha continuación o no cumpla con los requisitos para elegirla.

Las siguientes personas no son beneficiarios calificados a los fines de la continuación en virtud de COBRA: parejas de hecho, nietos (a menos que los haya adoptado), hijastros (a menos que los haya adoptado). Aunque estas personas no tienen un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, si usted la elige para usted mismo, también puede cubrir a sus Dependientes aunque no sean considerados beneficiarios calificados en virtud de COBRA. No obstante, la cobertura de dichas personas finalizará cuando finalice su continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Las secciones denominadas “Eventos estipulados como requisito secundarios” y “Extensión de Medicare para sus Dependientes” no se aplicarán a estas personas.

Eventos estipulados como requisito secundarios

Si, como resultado de la finalización de su relación laboral o la reducción de sus horas de trabajo, su(s) Dependiente(s) ha(n) elegido la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y uno o más Dependientes experimentan otro evento estipulado como requisito en virtud de COBRA, el/los Dependiente(s) afectado(s) podrá(n) optar por extender la continuación de la cobertura en virtud de COBRA durante 18 meses más (7 meses si el evento secundario se produce dentro del periodo de extensión por incapacidad), por un máximo de 36 meses desde el evento estipulado como requisito inicial. El segundo evento estipulado como requisito debe producirse antes de que finalicen los 18 meses iniciales de la continuación de la cobertura en virtud de COBRA o dentro del periodo de extensión por incapacidad que se analiza a continuación. La continuación de la cobertura en virtud de COBRA no estará disponible bajo ninguna circunstancia durante más de 36 meses desde el evento estipulado como requisito inicial. Los eventos estipulados como requisito secundarios son: su muerte; su divorcio o separación legal; o, para un hijo Dependiente, dejar de reunir los requisitos como Dependiente en virtud del Plan.

Extensión por incapacidad

Si, después de elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA debido a la finalización de su relación laboral o la reducción de sus horas de trabajo, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determina que usted o uno de sus Dependientes está totalmente incapacitado según el Título II o XVI de la SSA, usted y todos sus Dependientes que hayan elegido la continuación de la cobertura en virtud de COBRA podrán extender dicha continuación durante 11 meses más, por un máximo de 29 meses desde el evento estipulado como requisito inicial.

Para poder solicitar la extensión por incapacidad, se deben cumplir todos los siguientes requisitos:

- SSA debe determinar que la incapacidad se produjo antes de que la persona incapacitada eligiera la continuación de la cobertura en virtud de COBRA o dentro de los 60 días de haberla elegido; y
- Se debe proporcionar una copia de la determinación de la SSA por escrito al Administrador del plan dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de la determinación de la SSA, Y antes de que finalice el periodo de continuación inicial de 18 meses.

Si la SSA posteriormente determina que la persona ya no está incapacitada, usted debe notificar al Administrador del plan dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la determinación final de la SSA. La extensión por incapacidad de 11 meses finalizará para todas las personas cubiertas el primer día del mes que sea más de 30 días después de la fecha en la que la SSA emita una determinación final en la que indique que la persona incapacitada ya no está incapacitada.

Todas las causas de “Finalización de la continuación en virtud de COBRA” que se enumeran a continuación también se aplicarán al periodo de extensión por incapacidad.

Extensión de Medicare para sus Dependientes

Cuando el evento estipulado como requisito sea la finalización de su relación laboral o la reducción de sus horas de trabajo y usted se haya inscrito en Medicare (Parte A, Parte B o ambas) dentro de los 18 meses anteriores al evento estipulado como requisito, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA para sus Dependientes durará un máximo de 36 meses a partir de la fecha en que se haya inscrito en Medicare. La continuación de la cobertura en virtud de COBRA durará un máximo de 18 meses a partir de la fecha de finalización de su relación laboral o reducción de sus horas de trabajo.

Finalización de la continuación en virtud de COBRA

La continuación de la cobertura en virtud de COBRA finalizará en caso de que se produzca alguno de los siguientes hechos:

- finalización del periodo de continuación en virtud de COBRA de 18, 29 o 36 meses, según corresponda;
- falta de pago de la prima requerida dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de vencimiento;
- cancelación de la póliza del Empleador con Cigna;
- después de elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, un beneficiario calificado se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- después de elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, un beneficiario calificado empieza a estar cubierto en virtud de otro plan de salud colectivo, a menos que el beneficiario calificado tenga una afección para la cual el nuevo plan limita o excluye la cobertura en virtud de una disposición sobre afección preexistente. En dicho caso, la cobertura continuará hasta lo primero que ocurra de lo siguiente: la finalización del periodo máximo aplicable; la fecha en que la disposición sobre afección preexistente deje de ser aplicable; o que se produzca uno de los eventos descritos en una de las primeras tres viñetas precedentes; o
- cualquier motivo por el cual el Plan finalizaría la cobertura de un participante o beneficiario que no está recibiendo continuación de la cobertura (por ejemplo, fraude).

Requisitos de notificación del Empleador

Su Empleador debe proporcionarles a usted y/o a sus Dependientes las siguientes notificaciones:

- Se debe proporcionar una notificación inicial de los derechos de continuación en virtud de COBRA dentro de los 90 días posteriores al comienzo de su cobertura (o la de su cónyuge) en virtud del Plan (o a que el Plan comience a estar sujeto a los requisitos de continuación en virtud de COBRA, si sucede más adelante). Si usted y/o sus Dependientes experimentan un evento estipulado como

requisito antes de que finalice dicho período de 90 días, la notificación inicial debe proporcionarse dentro del plazo requerido para la notificación de elección de continuación de la cobertura en virtud de COBRA, según se explica a continuación.

- La notificación de elección de continuación de la cobertura en virtud de COBRA debe proporcionarse a usted y/o sus Dependientes dentro de los siguientes plazos:
 - si el Plan dispone que la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y el período dentro del cual el Empleador debe notificar al Administrador del plan de un evento estipulado como requisito comienza cuando se pierda la cobertura, 44 días después de la pérdida de cobertura en virtud del Plan;
 - si el Plan dispone que la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y el período dentro del cual el Empleador debe notificar al Administrador del plan de un evento estipulado como requisito comienza cuando se produzca un evento estipulado como requisito, 44 días después de que se produzca el evento estipulado como requisito; o
 - en el caso de un plan de múltiples empleadores, a más tardar 14 días después de que finalice el período en el que el Empleador debe proporcionar notificación de un evento estipulado como requisito al Administrador del plan.

Cómo elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA

La notificación de elección de la cobertura en virtud de COBRA indicará cuáles son las personas que cumplen con los requisitos para la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y le informarán la prima aplicable. La notificación también incluirá instrucciones para elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Usted debe notificar al Administrador del plan de su elección a más tardar en la fecha de vencimiento indicada en la notificación de elección de COBRA. Si se requiere una notificación de elección por escrito, deberá llevar matasellos con fecha anterior a la fecha de vencimiento inclusive que se indica en la notificación de elección de COBRA. Si no cursa la notificación debida a más tardar en la fecha de vencimiento que aparece en la notificación, usted y sus Dependientes perderán el derecho a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Si rechaza la continuación de la cobertura en virtud de COBRA antes de la fecha de vencimiento, podrá cambiar de parecer siempre que envíe un formulario de elección completado antes de la fecha de vencimiento.

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. La continuación de la cobertura puede elegirse únicamente para un Dependiente, para varios o para todos los Dependientes que sean beneficiarios calificados. Los padres podrán optar por

continuar con la cobertura en nombre de sus hijos Dependientes. Usted o su cónyuge podrán elegir la continuación de la cobertura en nombre de todos los beneficiarios calificados. No está obligado a elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA para que sus Dependientes elijan la continuación en virtud de COBRA.

¿Cuánto cuesta la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

Es posible que se le exija a cada beneficiario calificado que pague el costo total de la continuación de la cobertura. La cantidad no podrá exceder el 102% del costo para el plan de salud colectivo (incluidos los aportes del Empleador y del Empleado) para la cobertura de un Empleado o miembro de la familia activo en una situación similar. La prima durante la extensión por incapacidad de 11 meses no podrá exceder el 150% del costo para el plan de salud colectivo (incluidos los aportes del Empleador y del Empleado) para la cobertura de un Empleado o miembro de la familia activo en una situación similar.

Por ejemplo: Si el Empleado en forma individual elige la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, se le cobrará el 102% (o 150%) de la prima de Empleado activo. Si el cónyuge o un hijo Dependiente en forma individual eligen la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, se les cobrará el 102% (o 150%) de la prima de Empleado activo. Si más de un beneficiario calificado elige la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, se les cobrará el 102% (o 150%) de la prima del grupo familiar aplicable.

Cuándo y cómo pagar las primas en virtud de COBRA

Primer pago de la continuación en virtud de COBRA

Si elige la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, no tiene que enviar ningún pago con el formulario de elección. No obstante, debe efectuar su primer pago a más tardar 45 días calendario después de la fecha de su elección. (Esta es la fecha del matasello de la Notificación de elección, si se envía por correo).

Si no efectúa su primer pago dentro de dicho plazo de 45 días, perderá todos los derechos de continuación en virtud de COBRA de acuerdo con el Plan.

Pagos subsiguientes

Una vez que efectúe su primer pago para la continuación de la cobertura en virtud de COBRA, deberá efectuar los pagos subsiguientes de la prima requerida para cada mes de cobertura adicional. El pago vence el primer día de cada mes. Si efectúa un pago a más tardar en la fecha de vencimiento, su cobertura en virtud del Plan continuará durante ese período de cobertura sin interrupciones.

Períodos de gracia para pagos subsiguientes

Aunque los pagos subsiguientes vencen el primer día del mes, se le otorgará un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura para efectuar cada pago mensual. Se le proporcionará continuación de la cobertura en virtud de COBRA para cada período de cobertura siempre que el pago de dicho período de cobertura se efectúe antes de que finalice el período de gracia correspondiente a dicho pago. No obstante, si su pago se recibe después de la fecha de vencimiento, su cobertura en virtud del Plan podrá suspenderse durante este período. Es posible que a los proveedores que se comuniquen con el Plan para confirmar la cobertura durante este período se les informe que la cobertura se ha suspendido. Si el pago se recibe antes de que finalice el período de gracia, su cobertura se rehabilitará en forma retroactiva al comienzo del período de cobertura. Esto significa que es posible que se denieguen reclamos por beneficios que envíe mientras su cobertura está suspendida y que deba volver a enviarlos una vez que se rehabilite su cobertura. Si no efectúa un pago antes de que finalice el período de gracia correspondiente a dicho período de cobertura, perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA de acuerdo con el Plan.

Debe cursar notificación de determinados eventos estipulados como requisito

Si usted o su(s) Dependiente(s) experimentan uno de los siguientes eventos estipulados como requisito, debe notificar al Administrador del plan dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se produzca el evento estipulado como requisito o la fecha en que la cobertura finalizaría como resultado del evento estipulado como requisito, lo que suceda en último término:

- su divorcio o separación legal; o
- su hijo deja de reunir los requisitos como Dependiente en virtud del Plan.
- se produce un evento estipulado como requisito secundario según lo analizado anteriormente en “Eventos estipulados como requisito secundarios” (esta notificación debe recibirse antes de que finalice el período de COBRA inicial de 18 o 29 meses).

(Consulte también la sección titulada “Extensión por incapacidad” para conocer requisitos adicionales de las notificaciones).

La notificación debe cursarse por escrito e incluir: el nombre del Plan, el nombre y el domicilio del Empleado cubierto en virtud del Plan, el nombre y el/los domicilio(s) de los beneficiarios calificados afectados por el evento estipulado como requisito; el evento estipulado como requisito; la fecha en que se produjo el evento estipulado como requisito; y documentación respaldatoria (por ejemplo, sentencia de

divorcio, certificado de nacimiento, determinación de incapacidad, etc.).

Adquisición de nuevos Dependientes

Si adquiere un nuevo Dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o tutela para la adopción durante la continuación de su cobertura, podrá cubrir a dicho Dependiente por la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. No obstante, solo su hijo Dependiente recién nacido o adoptado es un beneficiario calificado y puede continuar con la continuación de la cobertura en virtud de COBRA durante el resto del período de cobertura después de la finalización anticipada de la cobertura en virtud de COBRA o debido a un evento estipulado como requisito secundario. La cobertura en virtud de COBRA para su cónyuge Dependiente y cualquier hijo Dependiente que no sea su hijo (por ejemplo, hijastros o nietos) finalizará en la fecha en que finalice su cobertura en virtud de COBRA, y no cumplen con los requisitos para un evento estipulado como requisito secundario.

Continuación en virtud de COBRA para jubilados después de la quiebra del Empleador

Si está cubierto como jubilado y se inicia un procedimiento de quiebra con respecto al Empleador en virtud del Título 11 del Código de los Estados Unidos, es posible que tenga derecho a recibir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Si como resultado del procedimiento de quiebra usted, sus Dependientes o su cónyuge superviviente pierden la cobertura dentro del año anterior o posterior a dicho procedimiento, usted y sus Dependientes cubiertos se convertirán en beneficiarios calificados en virtud de COBRA con respecto a la quiebra. Usted tendrá derecho a recibir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA hasta la fecha de su muerte.

Su cónyuge superviviente y sus hijos Dependientes cubiertos tendrán derecho a recibir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA durante un máximo de 36 meses desde la fecha de su muerte. No obstante, la continuación de la cobertura en virtud de COBRA finalizará en caso de que se produzca alguno de los eventos que se enumeran en “Finalización de la continuación en virtud de COBRA” anteriormente.

Interacción con otros beneficios de continuación

Es posible que cumpla con los requisitos para otros beneficios de continuación en virtud de la ley estatal. Consulte la sección Finalización para conocer los demás beneficios de continuación.

Información requerida por ERISA

Nombre del Plan:

BorgWarner Flexible Benefit Plans

Nombre, domicilio, código postal y número de teléfono comercial del patrocinador del Plan:

BorgWarner Employee Benefits Committee
3850 Hamlin Rd
Auburn Hills, MI 48326
248-754-9200

Número de identificación de empleador (EIN, por sus siglas en inglés):

133404508

Número del Plan:

501

Nombre, domicilio, código postal y número de teléfono comercial del Administrador del plan:

Empleador mencionado arriba

Nombre, domicilio y código postal de la persona designada como agente a los efectos de las notificaciones legales:

BorgWarner Inc.
3850 Hamlin Rd
Auburn Hills, MI 48326
248-754-9200

Oficina designada para analizar la apelación de reclamos denegados:

Oficina de reclamos de Cigna responsable por este Plan

El costo del Plan se comparte entre el Empleado y el Empleador. El ejercicio económico del Plan cierra el 12/31.

Las páginas precedentes establecen los requisitos de elegibilidad y los beneficios que se le proporcionan en virtud de este Plan.

Fiduciarios del Plan

Podrá obtener una lista de los Fiduciarios del Plan, que incluye nombre, cargo y domicilio, previa solicitud al Administrador del plan.

Tipo de Plan

El plan es un plan de beneficios de cuidado de la salud.

Acuerdos de negociación colectiva

Puede comunicarse con el Administrador del plan para determinar si el Plan se mantiene conforme a uno o más acuerdos de negociación colectiva y si algún Empleador en particular es el patrocinador. Podrá obtener una copia para analizarla previa solicitud por escrito al Administrador del plan.

Autoridad discrecional

El Administrador del plan delega en Cigna la autoridad discrecional para interpretar y aplicar los términos del plan, y para hacer todas las determinaciones de hecho en relación con

su revisión de los reclamos en virtud del plan. Se pretende que dicha autoridad discrecional incluya, a modo de ejemplo, la determinación de si las personas que deseen inscribirse en el plan o reclamar beneficios en virtud del plan cumplen con los requisitos correspondientes, la determinación de si una persona tiene derecho a recibir beneficios en virtud del plan, y el cómputo de todos los pagos de beneficios. El Administrador del plan también delega en Cigna la autoridad discrecional para realizar una revisión plena e imparcial, según lo exigido por ERISA, de todas las denegaciones de reclamos que hayan sido apeladas por la persona que hace el reclamo o su representante debidamente autorizado.

Modificaciones y finalización del Plan

El Empleador, en calidad de Patrocinador del Plan, se reserva el derecho, en cualquier momento, de cambiar o finalizar los beneficios en virtud del plan, de cambiar o finalizar los requisitos que deben cumplir las clases de empleados que estarán cubiertos por el plan, de modificar o eliminar cualquier otro término o condición del plan, y de finalizar todo el plan o alguna parte de este.

Comuníquese con el Empleador para conocer el procedimiento por el cual se pueden cambiar o finalizar los beneficios, por el cual se pueden cambiar o finalizar los requisitos que deben cumplir las clases de empleados, o por el cual se puede finalizar todo el Plan o una parte de este. No se requiere el consentimiento de ningún participante para finalizar, modificar o cambiar de algún modo el Plan.

La finalización del Plan junto con la finalización de la(s) póliza(s) de seguro que financia(n) los beneficios del Plan no tendrá ningún efecto adverso sobre ningún beneficio pagadero en virtud de la(s) póliza(s) por cualquier gasto médico cubierto en el que se haya incurrido antes de la fecha en que finalice(n) la(s) póliza(s). Del mismo modo, cualquier extensión de beneficios en virtud de la(s) póliza(s) debido a una incapacidad total suya o de su Dependiente que haya comenzado antes la fecha de finalización de la(s) póliza(s) y haya continuado después de esa fecha no se verá afectada por la finalización del Plan. Es posible que surjan derechos a comprar cantidades limitadas de seguro de vida y médico para reemplazar parte de los beneficios perdidos debido a la finalización de la(s) póliza(s), en virtud de los términos de la(s) póliza(s). La finalización del Plan subsiguiente no afectará la extensión de los beneficios y derechos en virtud de la(s) póliza(s).

Su cobertura en virtud de la(s) póliza(s) de seguro del Plan finalizará en cualquiera de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- la fecha en la que deje de prestar Servicio activo (o más adelante según lo explicado en la sección Finalización);
- la fecha en la que deje de pertenecer a una clase que cumple

con los requisitos;

- si el Plan se basa en aportes, la fecha en la que deje de realizar aportes;
- la fecha en que finalice(n) la(s) póliza(s).

Consulte a su Administrador del plan para determinar si hay alguna extensión de beneficios o derechos disponible para usted o sus Dependientes en virtud de esta(s) póliza(s). No habrá ninguna extensión de beneficios o derechos disponible únicamente debido a que el Plan finaliza.

Declaración de derechos

Como participante en el plan, usted tiene derecho a determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y los beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del plan y en cualquier otro lugar designado, como lugares de trabajo o sindicatos, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la sala de Divulgación pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del plan, copias de los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizada. El administrador podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada una de las personas cubiertas por el Plan una copia de este informe financiero resumido.

Continuar con la cobertura del plan de salud colectivo

- Continuar con la cobertura de cuidado de la salud para usted, su cónyuge o sus Dependientes en caso de pérdida de la cobertura en virtud del Plan como resultado de un evento estipulado como requisito. Es posible que usted o sus Dependientes deban pagar por dicha cobertura. Revise los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que regulan sus derechos de continuación de la cobertura federal.

Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la

operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de desempeñarse de manera prudente y en beneficio de sus intereses y de los intereses de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona, podrá despedirlo o discriminarlo de ningún modo, de manera de impedirle obtener un beneficio de asistencia social o ejercer sus derechos en virtud de ERISA. Si su reclamo de un beneficio de asistencia social es denegado o ignorado, tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo, y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de determinados plazos.

Hacer valer sus derechos

En virtud de ERISA, puede seguir algunos pasos para hacer valer los derechos previamente mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos que rigen el plan o le solicita el último informe anual al plan y no los recibe dentro del plazo de 30 días, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. En ese caso, el juzgado podrá exigirle al administrador del plan que suministre los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por motivos que exceden el control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios denegado o ignorado, en todo o en parte, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado estatal o federal.

Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan o no se emite una decisión con respecto a si una orden de relaciones familiares o una orden de beneficios médicos para manutención de los hijos es una orden calificada, podrá iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. En el caso de que los fiduciarios del plan usaran incorrectamente el dinero del plan, o si sufre algún tipo de discriminación por hacer valer sus derechos, podrá solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o iniciar acciones judiciales en un juzgado federal. El juzgado decidirá quién pagará los costos judiciales y los honorarios legales. Si resulta vencedor, es posible que el juzgado le ordene a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si resulta vencido, es posible que el juzgado le ordene a usted que pague estos costos y honorarios, por ejemplo si determina que su reclamo carece de fundamento.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o de sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que aparece en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia y

Consultas Técnicas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener determinadas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea de información de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

HC-FED72

05-15

Definiciones

Servicio activo

Usted será considerado en Servicio activo:

- En cualquiera de los días laborales reglamentarios de su Empleador si se encuentra realizando tareas regulares de su trabajo por tiempo completo en ese día, ya sea en el domicilio comercial de su Empleador o en algún otro lugar al que deba ir por cuestiones relativas al negocio de su Empleador.
- Un día que no sea uno de los días laborales reglamentarios de su Empleador si hubiese estado en Servicio activo el día laboral reglamentario anterior.

HC-DFS1095M

12-17

Coseguro

El término Coseguro significa el porcentaje de los cargos por los Gastos cubiertos que una persona asegurada debe pagar en virtud del Plan.

HC-DFS122

04-10
V1

Tarifa contratada

El término Tarifa contratada se refiere al nivel de compensación total que un proveedor se ha comprometido a aceptar como pago por los procedimientos y servicios dentales que le realice o le preste, según corresponda, a un Empleado o Dependiente, de conformidad con el plan de beneficios dentales del Empleado.

HC-DFS123

04-10
V1

Dentista

El término Dentista significa una persona que practica la odontología o cirugía bucal dentro del alcance de su licencia. También incluirá a un proveedor que opere dentro del alcance de su licencia cuando preste cualquiera de los Servicios dentales descritos en la póliza.

HC-DFS125

04-10
V3

Dependiente

Los Dependientes son:

- su cónyuge legal; y
- cualquier hijo suyo que
 - sea menor de 26 años; o
 - tenga 26 años o más, sea soltero, usted sea su fuente principal de manutención, y no sea capaz de tener un empleo para mantenerse a sí mismo a causa de una incapacidad física o mental. Es posible que se exija presentar ante el plan comprobantes de la afección y la dependencia del hijo dentro de un plazo de 31 días a partir de la fecha en que el hijo deje de reunir los requisitos anteriores. Es posible que el Plan solicite ocasionalmente, pero no más de una vez al año, pruebas de la continuidad de dicha afección y dependencia.

El término hijo incluye a los hijos biológicos, así como a los hijos que adopte legalmente. También incluye a los hijastros y a los niños respecto de los cuales se le haya otorgado la tutela legal.

Los beneficios para un hijo Dependiente continuarán hasta el último día del mes calendario en el que se cumpla la edad límite.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos como Empleado no será considerada como un Dependiente.

Nadie puede ser considerado como Dependiente de más de un Empleado.

HC-DFS875

01-17

Empleado

El término Empleado significa un empleado de tiempo completo del Empleador que actualmente está en Servicio activo. El término no incluye a los empleados de medio tiempo o temporarios, o que normalmente trabajen menos de 30 horas por semana para el Empleador.

HC-DFS1094M

12-17

Empleador

El término Empleador significa el patrocinador del plan que autoasegura los beneficios descritos en este folleto, en nombre de quien Cigna brinda los servicios de administración de reclamos.

HC-DFS8

04-10
V1

Cargo máximo reembolsable - Dental

El Cargo máximo reembolsable para los servicios cubiertos se determina de acuerdo con la cantidad que resulte menor entre:

- el cargo normal del proveedor por un servicio o suministro similar; o
- el percentil seleccionado por el titular de la póliza de los cargos cobrados por los proveedores de dicho servicio o suministro, en el área geográfica donde se recibe, según lo establecido en una base de datos seleccionada por Cigna.

El percentil utilizado para determinar el Cargo máximo reembolsable se indica en el Programa.

El Cargo máximo reembolsable está sujeto a todas las demás limitaciones de beneficios y a la codificación y metodologías de pago aplicables que determine Cigna. Hay disponible a pedido información adicional sobre cómo Cigna determina el Cargo máximo reembolsable.

HC-DFS752

07-14
V5

Medicaid

El término Medicaid significa un programa estatal de asistencia médica para personas necesitadas, establecido en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

HC-DFS16

04-10
V1

Medicare

El término Medicare significa el programa de beneficios de atención médica brindado en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

HC-DFS17

04-10
V1

Proveedor participante

El término Proveedor participante significa: un dentista, sociedad profesional, asociación profesional, sociedad de personas u otra entidad que ha celebrado un contrato con Cigna para brindar servicios dentales a tarifas predeterminadas.

Los proveedores que reúnen las condiciones para ser considerados Proveedores participantes pueden cambiar en forma periódica. Su Empleador le dará una lista de los actuales Proveedores participantes.

HC-DFS136

04-10
V1