



**plan de bienestar**  
**utm-prssa**

Sirviendo al obrero portuario y su familia

1812

**PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA**

**MANUAL DE BENEFICIOS Y SERVICIOS  
DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA**

Revisado marzo 2019



## TABLA DE CONTENIDO

	<b>MENSAJE A TODOS LOS ASOCIADOS</b>	7
<b>ARTÍCULO I</b>	<b>- DEFINICIONES</b>	8
<b>ARTÍCULO II</b>	<b>- NATURALEZA Y BASE LEGAL</b>	14
	Naturaleza y Base Legal	14
	Misión	14
	Visión	14
<b>ARTÍCULO III</b>	<b>- ADMINISTRACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA</b>	15
	A. Información General	15
	B. Administración del Plan	15
	C. Sistema Fiscal del Plan	15
	D. Año Fondo y Año de Elegibilidad	16
<b>ARTÍCULO IV</b>	<b>- CREACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA</b>	17
	A. Fondos Administrados	17
	1. Fondo de Beneficencia	17
	2. Fondo de Beneficio de Separación de Empleo	18
	3. Fondo Navideño	18
	4. Fondo de Edificios	18
	5. Fondo de Verano	19
	B. Inversiones	19
<b>ARTÍCULO V</b>	<b>- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA RECLAMAR BENEFICIOS O SERVICIOS</b>	19
	A. Fondo de Beneficencia	19
	1. Servicios Médicos	19
	2. Servicio de Espejuelos	21

3.	Seguro Grupal	21
a.	Seguro de Vida	22
b.	Compensación con Motivo de Accidentes, Pérdida de Extremidades, Visión, ...	23
c.	Beneficio por Gastos Funeral	23
d.	Beneficio por Incapacidad no Ocupacional (Dietas)	26
e.	Beneficio de Seguro por Condiciones de Cáncer	26
B.	Fondo por Separación de Empleo	27
C.	Fondo Navideño	28
D.	Fondo de Verano	29
<b>ARTÍCULO VI - PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>29</b>
A.	Socios Elegibles a los Servicios Médicos	30
B.	Dependientes Elegibles a los Servicios Médicos	31
C.	Inscripciones Especiales	34
D.	Maternidad	34
E.	Cubierta de Niños Recién Nacidos	35
F.	Asistencia con Primas Bajo Medicaid y el Programa de Servicios de Salud Para Menores	36
G.	Cubierta Parcial de Cáncer y Enfermedades Perniciosas	37
H.	Programa Anual de Cuidado de Salud Preventiva	38
I.	Coordinación de Beneficios	40
J.	Medicare	44
K.	Condiciones Generales	45
L.	Servicios Excluidos de la Cubierta	49
<b>ARTÍCULO VII - SERVICIOS DE ESPEJUELOS</b>		<b>50</b>
<b>ARTÍCULO VIII - PÓLIZA DE SEGURO GRUPAL</b>		<b>51</b>
A.	Seguro de Vida	51
B.	Pérdida de Vida por Muerte Accidental o Pérdida de Extremidades, de la Visión, del Habla, de Audición o Parálisis como Consecuencia de un Accidente	52
C.	Seguro de Incapacidad no Ocupacional (Dietas)	53
D.	Cubierta Funeral por Muerte	54
E.	Cubierta Funeral por Muerte de Hijos Dependientes	56



<b>ARTÍCULO IX</b>	<b>- PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL</b>	<b>57</b>
<b>ARTÍCULO X</b>	<b>- SERVICIOS PSICOLÓGICOS</b>	<b>58</b>
<b>ARTÍCULO XI</b>	<b>- DECLARACIONES DE DERECHOS BAJO LEY FEDERAL ERISA</b>	<b>59</b>
	A. Mantenimiento del Plan y Mecanismos para Obtener Información	59
	B. Exención Contributiva e Informes Anuales	59
	C. Empresas Navieras y Uniones Obreras que Aporten a El Plan	59
	D. Enmiendas	60
	E. Declaración de Derechos Bajo ERISA	60
<b>ARTÍCULO XII</b>	<b>- LEY FEDERAL HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (“HIPAA”)</b>	<b>62</b>
	A. Reglas de Confidencialidad	62
	B. Declaración de Derechos de Portabilidad	64
	C. Pérdida de Elegibilidad	68
<b>ARTÍCULO XIII</b>	<b>- LEY FEDERAL CONSOLIDATED OMNIBUS RECONCILIATION ACT (“COBRA”)</b>	<b>69</b>
	A. Continuación de Cobertura bajo COBRA	69
	B. Beneficios bajo la Continuación de Cobertura	69
	C. Período de Inscripción	70
	D. Beneficiarios Calificados	70
	E. Circunstancias Particulares y Eventos Calificativos para tener Derecho al Beneficio	71
	F. Notificación a El PLAN sobre la Elección de Cubierta	72
	G. Duración de Cubierta bajo la Ley COBRA	73
	H. Pagos Periódicos bajo la Cobertura de Continuada	75
	I. Cancelación Temprana	76
	J. Responsabilidades del Participante, su cónyuge o Pareja	76
<b>ARTÍCULO XIV</b>	<b>- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR RECONSIDERACIONES Y APELACIONES</b>	<b>77</b>

<b>ARTÍCULO XV</b>	<b>- BENEFICIO POR SEPARACIÓN DE EMPLEO</b>	82
	A. Compensación por Separación de Empleo	82
	B. Administración del Beneficio de Separación de Empleo	84
<b>APENDICE</b>	<b>GLOSARIO DE COBERTURA DE SALUD Y TERMINOLOGIA MEDICA</b>	85

## PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

### MENSAJE A TODOS LOS ASOCIADOS

El Plan de Bienestar UTM-PRSSA (en adelante “**EL PLAN**”) se ha caracterizado por el continuo cambio y la ampliación de los servicios que se les ofrecen a nuestros Socios. A pesar de la estrechez económica por la que ha atravesado el país, **EL PLAN** ha sido capaz de mantener, ampliar y mejorar su oferta. Con el propósito de mantenerlos informados y al día con relación a la naturaleza y evolución de los servicios disponibles, se les hace entrega de la versión revisada del Manual de Beneficios y Servicios (en adelante el “Manual” o “SPDR” por sus siglas en inglés). Los exhortamos a leerlo con detenimiento para que conozcan sus derechos y responsabilidades. Manténgalo a su alcance como material de referencia.

Encontrará en este Manual información respecto a la creación de **EL PLAN**, las leyes y los reglamentos que rigen el mismo, su origen y la naturaleza de los fondos que se reciben en calidad de aportaciones patronales e individuales. Al final del documento se incluye un glosario de términos comunes en el ambiente de servicios de salud.

**EL PLAN** pertenece a sus Socios. Por tal razón se les invita a protegerlo y utilizar responsablemente los servicios disponibles. El personal de **EL PLAN** siempre está en la mejor disposición de orientarlos y aclararles todas aquellas dudas que surjan sobre los servicios a los que nuestros Socios tienen derecho.



Sirviendo al obrero portuario y su familia

# ARTÍCULO I

## DEFINICIONES

### DEFINICIONES:

1. **“Plan de Bienestar”**: El Plan de Bienestar UTM-PRSSA (**“EL PLAN”**) fue creado mediante un Contrato de Fideicomiso suscrito entre la Asociación de Navieros de Puerto Rico y las Uniones Locales ILA 1740, ILA 1903, ILA 1904 e ILA 2012, que pertenecen al Consejo de Distrito de los Puertos de Puerto Rico, afiliada a la International Longshoremen’s Association AFL-CIO y bajo las disposiciones de la Ley Federal conocida como “Employee Retirement Income Security Act” del año 1974 (en adelante “ERISA”), según dicha ley ha sido subsiguientemente enmendada y/o interpretada y de la reglamentación establecida bajo ERISA.
2. **“Unión”**: El Consejo de Distrito de los Puertos de Puerto Rico ILA-AFL-CIO; específicamente las Locales ILA 1740 de San Juan, ILA 1903 de Ponce, ILA 1904 de Mayagüez e ILA 2012 de Guánica y cualesquiera otra Local que pueda adscribirse en lo sucesivo, (en adelante, **“LA UNIÓN”**).
3. **“Compañías Contribuyentes”**: Las compañías que tienen o puedan tener durante la duración del Contrato de Fideicomiso, un convenio colectivo de trabajo con **“LA UNIÓN”**, las cuales hacen contribuciones a **EL PLAN** según se ha establecido en el convenio.
4. **“Convenio Colectivo”**: Los convenios o contratos colectivos aprobados por las partes aquí mencionadas como están actualmente en efecto o como puedan ser modificados en lo sucesivo.
5. **“ERISA”**: La ley federal “Employee Retirement Income Security Act of 1974” (La Ley de 1974 sobre Garantía de Ingresos de Retiro Para Empleados).
6. **“Parte con Interés”**: Cualquier administrador, custodio, abogado o consejero, empleado de **EI PLAN**, los patronos de los empleados cubiertos, **LA UNIÓN** cuyos miembros estén cubiertos por **EI PLAN**, algunos parientes de las partes con interés según lo define ERISA y aquellas corporaciones, empleados, oficiales, directores, socios y socios en riesgo (“Joint Venturers”).
7. **“Síndicos”**: Los Síndicos en representación de **LA UNIÓN** y los Síndicos en representación de los Patronos ante **EL PLAN**.
8. **“Síndicos de las Compañías”**: Representantes de los Patronos ante la Junta de Síndicos de **EL PLAN**.

9. **“Sindicos de la Unión”**: Representantes de **LA UNIÓN** ante la Junta de Síndicos de **EL PLAN**.

10. **“Administrador”**: La Junta de Síndicos actuando en su capacidad fiduciaria.

11. **“Fondo de Beneficencia”**: Los dineros o valores aportados a este fondo por las Compañías Contribuyentes a **EL PLAN**. Representa el fondo operacional de **EL PLAN**. Sus recursos serán utilizados en gran medida para otorgar beneficios a los empleados de las Compañías Contribuyentes, a los empleados de **LA UNIÓN** y sus respectivos oficiales y a los empleados de **EL PLAN**.

12. **“Fondo Navideño”**: Los dineros o valores aportados por las Compañías Contribuyentes y los trabajadores para el pago del beneficio navideño acumulado por este concepto durante el año-fondo por los Socios de **EL PLAN**. Incluye también las aportaciones a este Fondo que realicen los empleados regulares de **EL PLAN** y los oficiales y el personal regular de **LA UNION**.

13. **“Fondo de Edificios”**: Los dineros aportados por las Compañías Contribuyentes de los puertos de San Juan, Guánica y Mayagüez para el mantenimiento de las facilidades físicas.

14. **“Fondo de Beneficio de Separación de Empleo”**: Los dineros aportados por las Compañías Contribuyentes y los Socios, previa autorización de los trabajadores de San Juan, Ponce, Mayagüez y Guánica, para proveer ayuda económica al Socio o a sus beneficiarios legales al momento de su separación final y permanente del empleo. Incluye también las aportaciones a este Fondo que realicen los empleados regulares de **EL PLAN** y los oficiales y el personal regular de **LA UNION**.

15. **“Fondo de Verano”**: Recursos económicos aportados por los trabajadores conforme a determinación mediante referéndum o por disposiciones de convenios colectivos, para ser acumulado por cada año fondo, según definido más adelante, el cual se pagará como un beneficio durante el mes de junio subsiguiente de cada año fondo.

16. **“Carga Especial”**: La operación de carga y descarga a succión y bombeo de embarcaciones.

17. **“Royalty”**: La aportación patronal adicional en la Carga Mecanizada para ser acreditada al Fondo Navideño. Ésta será pagada a los empleados que tengan derecho al beneficio por hora trabajada anualmente, durante la entrega del pago del beneficio del Fondo Navideño.

18. **“Año Fondo”**: Período de doce meses que comienza el 1ro. de octubre de un año y termina el 30 de septiembre del siguiente año. Las horas trabajadas durante

cada año fondo determinan la elegibilidad del Socio para los diferentes servicios y beneficios que ofrecerá **EL PLAN** durante el siguiente año de elegibilidad, según dicho término se define más adelante.

19. “**Año de Elegibilidad**”: El período de doce meses comprendido entre el 1ro. de enero y el 31 de diciembre de cada año. La elegibilidad de un empleado para recibir los beneficios será determinada según las horas trabajadas por el Socio durante el año fondo inmediatamente anterior.

20. “**Empleados**”: Todos los empleados de las Compañías Contribuyentes que estén representados por **La UNIÓN** para propósitos de negociación colectiva. También incluye a los oficiales de **LA UNIÓN**, los empleados a sueldo de **LA UNIÓN** y los empleados regulares de **EL PLAN**.

21. “**Socio**”: Todo Asociado del Plan de Bienestar UTM-PRSSA dentro de las diferentes categorías existentes o que puedan existir, ya sean trabajadores de las Compañías Contribuyentes, oficiales o empleados de **LA UNIÓN**, o el personal regular de **EL PLAN**.

22. “**Socio Elegible**”: Todo Asociado que haya trabajado 210 horas o más durante el año fondo anterior (octubre a septiembre) o que por una consideración especial sea considerado como tal por decisión de la Junta de Síndicos, tal como si éste hubiese trabajado 210 horas o más en el año fondo. La inclusión de Socios Elegibles por decreto de la Junta de Síndicos se limita al beneficio de la cubierta de servicios de salud. No incluye los demás beneficios que disfrutaban los Socios Elegibles. La clasificación de Socios Elegibles incluye también a los oficiales y empleados de **LA UNIÓN** y a los empleados regulares de **EL PLAN**. Esta categoría de Socios recibirá el máximo de los beneficios que ofrezca **EL PLAN**, dentro de su categoría, excepto los casos aprobados directamente por la Junta de Síndicos.

23. “**Socio Elegible Fallecido**”: Aquellos Socios que mueran durante el Año de Elegibilidad y que al momento de su fallecimiento tengan acumuladas el mínimo requerido de 210 horas trabajadas para ser considerado como un Socio Elegible en el próximo año de elegibilidad. Bajo estas circunstancias, los dependientes del Socio Elegible Fallecido que figuren bajo la cubierta de servicios médicos de **EL PLAN** al momento de su fallecimiento mantendrán la cubierta de los servicios médicos durante el siguiente año de elegibilidad. Si al momento de su fallecimiento, el Socio Elegible Fallecido figura con menos de 210 horas trabajadas para el próximo año de elegibilidad, sus dependientes registrados bajo la cubierta de servicios médicos mantendrán estos servicios hasta el 31 de diciembre del año en que el Socio murió. En ambos escenarios a partir de la fecha de la expiración de la cubierta médica, los dependientes registrados en **EI PLAN** podrán ejercer la opción de solicitar los beneficios de cubierta médica continuada

conforme a las disposiciones de la Ley Federal Consolidated Omnibus Reconciliation Act (“COBRA”).

24. **“Socio no Elegible”**: Socio que trabaje menos de 210 horas en un año fondo, pero que acumule durante ese año fondo entre 209.75 horas y el mínimo de horas que establezca la Junta de Síndicos, tendrá derecho al beneficio de la cubierta de seguro de vida vigente y al seguro de funeral para esta categoría. El Socio no Elegible no tendrá beneficio adicional alguno de **EL PLAN**, excepto a sus aportaciones a los Fondos de Separación de Empleo, al Fondo Navideño y al Fondo de Verano, cuando así aplique.

25. **“Socio Nuevo”**: Socios para los cuales las Compañías Contribuyentes informan horas trabajadas por primera ocasión durante el año fondo y dichas horas fluctúan entre 209.75 y el mínimo de horas establecidas por la Junta de Síndicos para ser considerado como “Socio no Elegible”. En estas circunstancias el Socio Nuevo únicamente tendrá derecho a la cubierta de seguro de vida y al seguro de funeral que aplique a la categoría de “Socio no Elegible”. Si el Socio acumula durante su primer año menos del mínimo de horas establecidas por la Junta de Síndicos para ser considerado como “Socio no Elegible”, no tendrá ningún beneficio en **EL PLAN**, excepto a sus aportaciones a los Fondos de Separación de Empleo, al Fondo Navideño y al Fondo de Verano, cuando así aplique.

26. **“Socio Retirado”**: Socio que solicitó durante el año de elegibilidad el reembolso de sus aportaciones al Fondo de Separación de Empleo y que haya acumulado al momento de su retiro 210 horas o más para el próximo año de elegibilidad. Tanto éste como sus dependientes, según definidos en este Manual, mantendrán sus beneficios durante el tiempo restante del año vigente y se extenderán los mismos hasta el próximo año de elegibilidad. Si por el contrario al momento de su retiro ha acumulado menos de 210 horas para el próximo año de elegibilidad, la cubierta del plan médico y demás beneficios se mantendrán hasta el 31 de diciembre del año en que éste retiró sus aportaciones al Fondo de Separación de Empleo. Una vez culmine la cubierta médica en cualesquiera de las circunstancias descritas, tanto el Socio como sus dependientes registrados tendrán derecho a una cubierta continuada de salud de acuerdo con las disposiciones de la Ley COBRA, sujeto a que así lo soliciten, cumplan con los requisitos de ley y que efectúen a tiempo los pagos mensuales por concepto de las primas que establezca **EL PLAN**.

27. **“Oficiales”**: Los oficiales y/o directiva de **LA UNIÓN**, así como los empleados de la misma. En la medida que mantengan sus funciones como oficiales y/o directivos o empleados de **LA UNIÓN**, para efectos de los beneficios que otorga **EL PLAN** se considerarán como “Socios Elegibles”. En la eventualidad de que éstos se separen de dichas funciones y de no tener acumuladas las horas requeridas para calificar como Socios Elegibles o Socios no Elegibles para el

próximo año de elegibilidad, tendrán derecho a la cubierta de salud y a los beneficios aplicables a los Socios Elegibles, hasta el 31 de diciembre del año en que se separaron de la directiva o de su empleo en **LA UNIÓN**.

28. **“Administrativos”**: Los empleados regulares de **EL PLAN**. En la medida que mantengan sus funciones como empleados regulares de **EL PLAN**, para efectos de los beneficios que otorga **EL PLAN** a los trabajadores, éstos se considerarán como “Socios Elegibles”. De éstos separarse de sus funciones en **EL PLAN**, tendrán derecho a la cubierta de salud y a los beneficios aplicables a los Socios Elegibles, hasta el 31 de diciembre del año en que cesaron en su empleo.

29. **“Cónyuge”**: Socios legalmente casados, limitándose los derechos a un cónyuge por cada Socio por Año de Elegibilidad. En aquellos casos en que el Socio incluya un nuevo cónyuge, la cubierta de servicios de salud para este nuevo cónyuge será efectiva el primer día del mes siguiente a su inscripción. La nueva cónyuge será incluida inmediatamente si ésta se encuentra en estado de embarazo al momento de la solicitud. Será imprescindible que el Socio presente evidencia documental del embarazo de su nueva cónyuge, ya sea mediante certificado médico de su obstetra-ginecólogo o de un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, y/o los resultados de pruebas de laboratorios que así lo confirmen. El cónyuge deberá estar registrado en **EL PLAN**.

30. **“Pareja”**: Incluye a las parejas de los Socios no casados, limitándose los derechos a una pareja por cada Socio. El Socio podrá incluir su nueva pareja transcurridos noventa (90) días, contados éstos a partir de la fecha en que fue retirada oficialmente de **EL PLAN** su pareja o cónyuge anterior. El requisito de espera de noventa (90) días aplica también a la pareja del Socio inmediatamente anterior, que fue dada de baja por el propio Socio y que éste interesa volver a inscribir. La nueva pareja será incluida inmediatamente si ésta se encuentra en estado de embarazo al momento de la solicitud. Será imprescindible que el Socio presente evidencia documental del embarazo de su nueva pareja, ya sea mediante certificado médico de su obstetra-ginecólogo o de un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, y/o los resultados de pruebas de laboratorio que así lo confirmen. La pareja, según definida en este Manual de Beneficios, deberá figurar registrada en **EL PLAN**.

31. **“COBRA”**: La Ley Federal “Consolidated Omnibus Reconciliation Act” de 1986.

32. **“Dependiente Elegible”**: Para efectos de la cubierta de servicios de salud, incluye el cónyuge o pareja de un Socio Elegible y sus hijos menores de 26 años de edad según se definen en la ley. El hijo de un Socio que sea menor de 26 años, se considerará como “Dependiente Elegible”, independientemente de su estado civil, de su lugar de residencia, del grado de dependencia económica con el Socio Elegible, si está cursando estudios o cualquier combinación de estos factores.

Esta definición Incluye también a aquellos hijos menores de 26 años que sean elegibles a planes médicos ofrecidos por el patrono del lugar donde éstos trabajen. Los hijos de Socios Elegibles que se encuentren física o mentalmente incapacitados mantendrán la cubierta de servicios médicos sin límite de edad. Si la condición es permanente, se requerirá certificación médica que así lo acredite por lo menos en la primera ocasión en que el Socio solicite su inclusión. De no tratarse de una incapacidad física o mental permanente, el Socio Elegible deberá proveer de tiempo en tiempo certificaciones médicas que acrediten tal incapacidad según le sea requerido por **EL PLAN**.

En esta categoría se incluyen hijos legalmente adoptados por el Socio Elegible o colocados para adopción, e hijastros siempre y cuando el Socio, su cónyuge o pareja tenga la custodia legal total de éstos otorgada por un tribunal competente, o cuando el Socio o su cónyuge o pareja sea designado como tutor legal del hijastro por las autoridades competentes. En ambas situaciones el Socio deberá presentar evidencia que así lo acredite.

**No se consideran “Dependientes Elegibles” los cónyuges o parejas e hijos del dependiente Elegible. Tampoco se considerarán “Dependientes Elegibles” los nietos y sobrinos del Socio Elegible aunque éste tenga su custodia legal.**

En aquellos casos de hijas de Socios que se encuentren en estado de embarazo se dispone que, aunque sean dependientes del Socio, no tendrán cubierta prenatal, post natal ni de parto, independientemente que sea natural o por cesárea, ni partos prematuros o abortos, excepto aquellos servicios que sean considerados como preventivos, aunque estén vinculados con el estado de embarazo. Tampoco tendrán cubierta por el cuidado del niño antes o después de su nacimiento. No obstante, lo anterior disfrutarán de la demás cubierta médica ofrecida a los Dependientes Elegibles.

En el caso de Socios Elegibles solteros que figuren sin dependientes en **EL PLAN**, y mientras mantenga ese estatus y no incluya en la cubierta de servicios médicos de **EL PLAN** una pareja, un cónyuge o hijos menores de edad, “Dependiente Elegible” significa el padre y/o la madre de éstos que sean menores de 65 años, o hasta dos hermanos o hermanas solteras que sean menores de 26 años. En ambos escenarios deben vivir bajo el mismo techo y depender completamente del Socio Elegible para su sustento.

No califican aquellos padres que al momento de la solicitud original ya hayan cumplido 65 años. Los servicios médicos a partir de cumplir 65 años para aquellos padres que fueron registrados previo a cumplir la edad de 65 años, se limitarán a los prestados en los dispensarios y los servicios ambulatorios básicos. **En estas circunstancias no se incluyen servicios de hospitalización.** En los casos de padres que hayan cumplido 65 años y que posean la cubierta de Medicare, **EL**

**PLAN** fungirá como proveedor primario respecto a los servicios ambulatorios básicos.

Los hermanos de Socios Elegibles solteros que se encuentren física o mentalmente incapacitados mantendrán la cubierta de servicios médicos sin límite de edad, mientras el Socio mantenga su estado civil como soltero y no registre en **EL PLAN** una pareja o cónyuge o hijos menores de edad. En estos casos aplican las mismas condiciones indicadas previamente para los hijos dependientes de Socios Elegibles con pareja.

33. “**Deducible**”: Cantidad definida que al Socio Elegible y/o sus Dependientes Elegibles se les requiera pagar al momento de recibir servicios médicos.

34. “**Co-pago**”: Cantidad no definida que al Socio Elegible y sus Dependientes Elegibles se les requiera pagar al momento de recibir servicios médicos. Se expresa como un por ciento (%) de la tarifa negociada.

## ARTÍCULO II

### NATURALEZA Y BASE LEGAL

El Plan de Bienestar UTM-PRSSA (“**EL PLAN**”) es una institución sin fines de lucro creada conforme a las disposiciones contenidas en los Convenios Colectivos entre el Consejo de Distrito de la International Longshoremen’s Association AFL-CIO, específicamente las Locales 1740, 1903, 1904 y 2012 y cualquiera otra Local que sea incorporada en lo sucesivo a **EL PLAN**, la Asociación de Navieros de Puerto Rico y otros agentes navieros independientes. Las operaciones de **EL PLAN** se rigen conforme a lo dispuesto por la Ley Federal Sobre Seguridad de Ingresos de Retiros para Empleados de 1974, (“ERISA” por sus siglas en inglés), la reglamentación aplicable del Departamento del Trabajo Federal y del Departamento del Tesoro Federal, los Convenios Colectivos y el Contrato de Fideicomiso.

**EL PLAN** está registrado en el Departamento de Estado desde el 30 de diciembre de 1998 como una corporación sin fines de lucro bajo el número de registro 31429.

### MISIÓN

Facilitar al trabajador portuario y a su familia el acceso a servicios de salud, seguros de vida y de otra naturaleza, para ayudar al mejoramiento de su calidad de vida.

### VISIÓN

Constituirse en un Plan de Bienestar a la vanguardia de los últimos adelantos tecnológicos para brindar servicios de excelencia a los trabajadores portuarios participantes y beneficiarios elegibles, con un equipo de trabajo altamente capacitado.



## ARTÍCULO III

### ADMINISTRACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

#### A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre Oficial del Plan:  
Plan de Bienestar UTM-PRSSA, Inc.
2. Administrador del Plan:  
Junta de Síndicos del Plan de Bienestar  
UTM-PRSSA

Dirección Postal:  
PO Box 6605  
San Juan, P.R. 00914-6605

Dirección Física Permanente:  
Calle Loíza #1812  
San Juan, P.R. 00915  
Teléfono: 787-268-0404

3. Número de Identificación Patronal:  
EIN #660202379

#### B. ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

**EL PLAN** es administrado por una Junta de Síndicos compuesta por tres representantes de las Compañías Contribuyentes que aportan a **EL PLAN** y tres representantes que pertenecen al Consejo de Distrito de la International Longshoremen's Association AFL-CIO, específicamente las Locales 1740, 1903, 1904 y 2012 y cualquiera otra Local que sea incorporada en lo sucesivo ("**LA UNIÓN**").

La autoridad suprema de **EL PLAN**, y por consiguiente su Administrador, es la Junta de Síndicos la cual se rige por las disposiciones de la ley federal ERISA, los Convenios Colectivos y el Contrato de Fideicomiso aprobado y suscrito entre las partes. La Junta de Síndicos delega parte de su autoridad ministerial en un Director Ejecutivo.

#### C. SISTEMA FISCAL DE EL PLAN

El ciclo de contabilidad de **EL PLAN** consta de doce (12) meses comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año. Las operaciones anuales de **EL PLAN** son auditadas por una firma independiente de contadores públicos

autorizados. Dicha firma audita los registros de contabilidad de **EL PLAN** y rinde un informe directamente a la Junta de Síndicos. También las operaciones de **EL PLAN** y las actuaciones de su Junta de Síndicos son auditadas, de tiempo en tiempo, por el Gobierno Federal a través del Departamento del Trabajo Federal y la Administración de Seguridad de Beneficios de Bienestar (“EBSA” por sus siglas en inglés). Es requisito de la Ley ERISA el completar y remitir anualmente al Departamento del Trabajo Federal y en específico a EBSA, el Formulario 5500, “Annual Return/Report of Employee Benefit Plan”, el cual recopila todos los aspectos fiscales anuales relacionados con la operación y el mantenimiento de **EL PLAN**.

Los Síndicos y los empleados de **EL PLAN** que directa o indirectamente participen en la preparación y manejo de cheques y demás operaciones financieras estarán cubiertos por una fianza de seguros por una cantidad máxima a ser determinada de acuerdo con la Ley ERISA y a los activos de **EL PLAN**.

**EL PLAN** mantendrá archivos y récords de sus operaciones. La Ley ERISA le concede el derecho a los participantes y beneficiarios elegibles a solicitar toda la información que estimen necesaria y a tener acceso a los archivos y récords de **EL PLAN**.

El Contrato de Fideicomiso establece las responsabilidades para la administración de los beneficios provistos por **EL PLAN**, los cuales se discuten en este Manual. El Contrato de Fideicomiso también establece las responsabilidades que deben ser observadas por los Socios y por los Beneficiarios Elegibles. Conozca sus derechos al igual que sus responsabilidades.

#### **D. AÑO FONDO Y AÑO DE ELEGIBILIDAD**

Las horas de trabajo acumuladas por el Socio durante cada Año Fondo se utilizarán como criterio para su clasificación en el siguiente Año de Elegibilidad con relación al disfrute de los servicios y de los beneficios que ofrece **EL PLAN**. El Año Fondo representa el período de doce (12) meses que comienza el 1 de octubre de cada año y termina el 30 de septiembre del año próximo.

De otra parte, el Año de Elegibilidad significa el período de doce meses comprendido entre el 1ro. de enero y 31 de diciembre de cada año. Durante el Año de Elegibilidad el Socio Elegible recibirá los beneficios y servicios que ofrece **EL PLAN**, según le correspondan.

## ARTÍCULO IV

### CREACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

Mediante la aprobación del Contrato de Fideicomiso entre la Asociación de Navieros de Puerto Rico y **LA UNIÓN**, se estableció **EL PLAN** con el propósito de operar y administrar los beneficios que se les conceden a los Socios.

#### A- FONDOS ADMINISTRADOS

**EL PLAN** es responsable de la administración de los siguientes Fondos:

1. Fondo de Beneficencia
2. Fondo de Separación de Empleo
3. Fondo Navideño
4. Fondo de Edificios
5. Fondo de Verano

Cada uno de estos Fondos emplea sus propios recursos específicamente en las actividades para las cuales cada Fondo fue creado. Las Compañías Contribuyentes aportan a **EL PLAN** el equivalente a las tarifas estipuladas por cada hora trabajada, por clase de carga y por cada uno de sus empleados cubiertos por los Convenios Colectivos vigentes. Se mantendrá disponible en las oficinas de **EL PLAN** la información sobre las tarifas vigentes que aportan las Compañías Contribuyentes a **EL PLAN** por cada categoría, por hora trabajada y por cada uno de los trabajadores. Esta información puede variar anualmente según dispongan los Convenios Colectivos vigentes. Las aportaciones de los participantes deben recibirse trimestralmente, en o antes de los treinta (30) días siguientes a cada trimestre del año calendario, excepto las aportaciones al Fondo de Edificios que se recibirán mensualmente. **EL PLAN** mantendrá en sus libros de contabilidad por separado, las aportaciones, los gastos y los beneficios atribuibles y pagados para cada uno de estos Fondos.

#### 1. FONDO DE BENEFICENCIA

Al recibirse las aportaciones de los patronos, la Junta de Síndicos separará aquel importe que corresponda al Fondo de Beneficencia, por cada hora trabajada, por clase de carga y por cada empleado cubierto por los Convenios Colectivos vigentes. Los recursos de este Fondo provienen mayormente de aportaciones patronales.

Los recursos del Fondo de Beneficencia serán utilizados para el beneficio de los Socios de **EL PLAN** que trabajan para las Compañías Contribuyentes, los oficiales y empleados de la **UNIÓN** y los propios empleados regulares de **EL PLAN** y sus respectivos beneficiarios. El Fondo de Beneficencia constituye el fondo operacional de **EL PLAN**.

## 2. FONDO DE BENEFICIO DE SEPARACIÓN DE EMPLEO

Al recibo de las aportaciones de los patronos y de los trabajadores, (“check-off”), la Junta de Síndicos separará para el Fondo de Separación de Empleo las aportaciones que para ese propósito efectúen las Compañías Contribuyentes y los Socios por cada hora trabajada y por tipo de carga. Se separarán de igual forma las aportaciones a este Fondo que realicen en su carácter individual los empleados regulares de **EL PLAN** y los oficiales y el personal regular de **LA UNION**. **EL PLAN** tendrá separadas las aportaciones recibidas, al igual que los beneficios pagados contra dicho Fondo. El Fondo se regirá por el Reglamento que apruebe la Junta de Síndicos a esos efectos mediante el establecimiento de las normas y procedimientos aplicables. Los Artículos V (b) y XV de este Manual contienen disposiciones adicionales sobre este Fondo.

## 3. FONDO NAVIDEÑO

Al recibo de las aportaciones de las Compañías Contribuyentes y de los trabajadores, la Junta de Síndicos separará para el Fondo Navideño el importe que corresponda, por clase de carga y por cada hora trabajada por cada empleado cubierto por los Convenios Colectivos vigentes. Incluye también las aportaciones a este Fondo que realicen los empleados regulares de **EL PLAN** y los oficiales y el personal de **LA UNION**.

Los Socios recibirán en o antes del día 15 de diciembre de cada año por este concepto, el equivalente a todas las horas trabajadas en el Año Fondo precedente (1ro. de octubre al 30 de septiembre), computadas a razón de la tarifa por hora establecida en los Convenios Colectivos aplicables. Existen ciertas condiciones para el pago del beneficio, conforme lo establecen los Convenios Colectivos vigentes.

## 4. FONDO DE EDIFICIOS

Cada Compañía Contribuyente remitirá a **EL PLAN**, en concepto del Fondo de Edificios, aquellas remesas correspondientes a las Locales ILA 1740 de San Juan, ILA 2012 de Guánica e ILA 1904 de Mayagüez, por cada tipo de carga y por hora trabajada, según acordadas en los Convenios Colectivos vigentes. La aportación o pago de las Compañías Contribuyentes debe recibirse mensualmente, en o antes de los primeros diez (10) días siguientes al vencimiento de cada mes y en cheque separado que consignará como su concepto, “Fondo de Edificios - Local ILA 1740, Fondo de Edificios - Local ILA 1904” o “Fondo de Edificios - Local ILA 2012”, respectivamente. **EL PLAN** mantendrá en su sistema de contabilidad un subsidiario independiente por cada Local de la Unión, para facilitar el registro de los ingresos y gastos que correspondan a cada uno. Los fondos recibidos serán utilizados para la adquisición de facilidades físicas a ser utilizadas en las operaciones de **EL PLAN**, para el mantenimiento y reparación de estas facilidades y para el pago de utilidades. También serán utilizados para el mantenimiento, reparaciones y el pago de utilidades de aquellas facilidades físicas que alberguen las oficinas de **LA UNIÓN**. Conforme a la Ley ERISA, bajo ningún concepto, estos

fondos se utilizarán para la adquisición o alquiler de facilidades a ser utilizadas por **LA UNIÓN**.

Los dineros que aportan las Compañías Contribuyentes a **EL PLAN** no constituyen ni serán descontados del salario del trabajador. Ninguna persona, Socio o dependiente de algún empleado, tendrá derecho alguno, título e interés en el dinero y demás propiedades de los Fondos o sobre las aportaciones de cualquier Compañía Contribuyente a los Fondos.

## **5. FONDO DE VERANO**

En sus inicios los trabajadores de Carga General mediante referéndum acordaron la creación de este Fondo, el cual recibe recursos económicos de las aportaciones de los propios trabajadores (“check-off”). En la medida en que se extienda el beneficio a los trabajadores de los demás tipos de carga mediante acuerdos en las respectivas negociaciones colectivas, se hará extensivo el beneficio a éstos. El beneficio se acumula y se pagará durante la primera semana del mes de junio de cada año. Se les pagará a los Socios el importe acumulado durante el Año Fondo previo y los intereses que pueda devengar la cuenta.

**EL PLAN** creará y mantendrá el Fondo de Verano, separado de los demás Fondos que mantiene la Institución.

## **B – INVERSIONES**

Los activos de **EL PLAN** serán depositados por la Junta de Síndicos en instituciones de reconocida solidez económica. Los instrumentos negociables de **EL PLAN** serán mantenidos en aquellos depositarios que sean seleccionados por la Junta de Síndicos. Se aprobará un Reglamento (“By-law”) para regular las inversiones a largo plazo.

## **ARTÍCULO V**

### **PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA RECLAMAR BENEFICIOS O SERVICIOS**

Se describen a continuación los procedimientos a seguir por los Socios y sus beneficiarios para la solicitud de beneficios y servicios y otros requisitos y condiciones generales que se deben cumplir para su obtención y disfrute.

## **A - FONDO DE BENEFICENCIA**

### **1. SERVICIOS MÉDICOS**

Los Socios y sus Dependientes Elegibles, según dichos términos son definidos en este Manual, tienen a su disposición los servicios médicos en el dispensario de San Juan o centros u oficinas privadas de servicios establecidos o contratados en

San Juan, Ponce, Mayagüez y Guánica. En estos centros, los Socios y sus Dependientes Elegibles serán atendidos por los médicos contratados por **EL PLAN** ya sea directamente y/o a través de cualquier otra red de proveedores contratada, quienes le harán al paciente los exámenes y estudios necesarios, conforme a su condición de salud.

- i. El Socio y sus Dependientes Elegibles deberán presentar su tarjeta de servicios médicos al solicitar atención médica en cualquiera de los centros u oficinas de servicios contratados.
- ii. Ningún Socio o Dependiente Elegible permitirá que otras personas utilicen su tarjeta de servicios médicos para obtener servicios ofrecidos por **EL PLAN**. Tal acción puede conllevar la pérdida de sus derechos como participante de los beneficios de **EL PLAN** y podría conllevar la imposición de sanciones civiles y penales.
- iii. Solamente los Socios o Dependientes Elegibles podrán solicitar y recibir los servicios médicos que figuren en la cubierta aprobada por la Junta de Síndicos.
- iv. Los médicos de los centros de servicios podrán referir al Socio o Dependiente Elegible a aquellos especialistas, sub-especialistas u otras facilidades de servicios, sujeto a la obtención del referido correspondiente a través de los Coordinadores de **EL PLAN**. En los casos de pediatría y obstetricia–ginecología, podrán recibir servicios sin la necesidad de referidos en las oficinas de estos profesionales de la salud que figuren en la red de proveedores contratados.
- v. En casos en que el Socio o Dependiente Elegible utilice los servicios de un proveedor no contratado por **EL PLAN**, se hará el pago de la reclamación directamente al proveedor del servicio, o al reclamante, según corresponda. El pago se realizará por los gastos incurridos, sujeto a que los servicios sean parte de la cubierta ofrecida y de acuerdo con las tarifas contratadas por **EL PLAN** con sus proveedores contratados, menos el deducible aplicable. Es necesario que **EL PLAN** reciba los originales de las facturas y/o recibos de pago. La reclamación debe radicarse no más tarde de ciento ochenta (180) días laborables contados éstos a partir de la fecha en que se recibió el servicio.

Tan pronto se reciba la factura o recibo por el servicio prestado, se evaluará la misma de acuerdo con los parámetros establecidos y se procesará para pago el importe directamente al proveedor del servicio o al socio, según corresponda. El Artículo VI de este Manual contiene información detallada del alcance del Programa de Servicios de Salud.

## 2. SERVICIO DE ESPEJUELOS

a. Este servicio no forma parte de los servicios médicos que ofrece **EL PLAN** a los Socios. Representa un beneficio complementario y exclusivo para Socios Elegibles que figuran con 210 horas o más trabajadas que hayan sido notificadas y pagadas a **EL PLAN** durante el año-fondo previo.

b. Este beneficio consiste en el reembolso o pago de hasta un máximo de ciento cincuenta dólares (\$150.00), o la cantidad que apruebe la Junta periódicamente, en períodos de doce (12) meses, ya sea al propio Socio, su cónyuge o pareja, e hijos biológicos de éste, previa presentación del original del recibo de pago correspondiente.

c. El Socio podrá solicitar un nuevo reembolso transcurrido un año contado éste a partir de la fecha del cheque en que se efectuó el reembolso anterior. En ninguna circunstancia se tramitarán dos reembolsos en un mismo período de doce meses, independientemente que el Socio haya sometido tardíamente la solicitud de reembolso anterior. La Junta de Síndicos podrá revisar el importe del beneficio de tiempo en tiempo.

d. El Socio, su cónyuge o pareja, o hijo biológico de éste presentará el recibo original del médico o proveedor que indique que el pago fue realizado. No se aceptarán facturas por servicios pendientes de pago. Se procederá a determinar la elegibilidad del beneficiario y si es elegible, se autorizará el pago correspondiente. El Artículo Siete (VII) de este Manual contiene información adicional sobre este beneficio.

## 3. SEGURO GRUPAL

El Seguro Grupal se compone de varios beneficios para el Socio y/o beneficiario designado. Comprende el seguro de vida por muerte natural o accidental, el pago de un beneficio por incapacidad no ocupacional (dietas) a Socios Elegibles y el beneficio de funeral pagadero al Socio en caso del fallecimiento de su cónyuge o pareja, o hijo que figure registrado en **EL PLAN** como Beneficiario Elegible, según definido. En caso del fallecimiento del propio Socio el beneficio se pagará a la persona que presente evidencia de que realizó el pago. También incluye la compensación por pérdida de extremidades, visión, del habla o audición y aquellas parálisis que sufra el Socio, siempre y cuando estas condiciones no sean como consecuencia de un accidente ocupacional en el trabajo, ni por accidentes automovilísticos. Este último beneficio estará sujeto a limitaciones o restricciones del mercado de seguros y sea parte de la póliza grupal contratada por **EL PLAN**. Los beneficios del seguro de vida grupal cesan tan pronto el Socio no cumpla con los criterios de elegibilidad que establezca la Junta de Síndicos.

El Artículo Ocho (VIII) de este Manual contiene información adicional sobre los beneficios aquí descritos.

**a. SEGURO DE VIDA:**

*i.* La Junta de Síndicos establecerá los valores de la cubierta de la póliza del seguro de vida para las diferentes categorías, a favor de los Socios Elegibles. Ésta determinará si asumirá el riesgo parcial o total por el pago de este beneficio o en su defecto, transferirá dicho riesgo a la empresa privada mediante el pago de primas.

*ii.* Todo Socio Elegible al seguro de vida deberá completar el formulario mediante el cual designa a los beneficiarios de su seguro de vida. El formulario estará disponible en las facilidades de **EL PLAN**. El documento donde figuran los beneficiarios designados será custodiado por **EL PLAN**. La información allí contenida se mantendrá bajo estricta confidencialidad hasta el fallecimiento del Socio asegurado.

*iii.* El Socio libre y voluntariamente podrá cambiar los beneficiarios designados cuando así lo determine, al completar otro formulario, dejando sin efecto el anterior. Este formulario tiene que estar firmado por el Socio asegurado.

*iv.* Al fallecer el Socio, si éste califica para el seguro de vida, su beneficiario presentará en original el Certificado de Nacimiento y de Defunción del Socio fallecido y los certificados de nacimiento de los beneficiarios designados por el Socio y todos aquellos otros documentos adicionales que requiera la aseguradora o **EL PLAN**. Si el Socio fallece en un accidente se requerirá copia de la querrela y del informe final de la Policía de Puerto Rico y también el informe forense como resultado de la autopsia si así lo requiere la aseguradora o **EL PLAN**. El (los) beneficiario(s) del Socio fallecido completará(n) el Formulario de Reclamación de Seguro de Vida para así comenzar el trámite correspondiente. **EL PLAN** y la aseguradora verificarán la exactitud y corrección de la solicitud de beneficios por muerte y la información allí contenida. El(los) beneficiario(s) reclamante(s) firmará(n) y certificará(n) la solicitud, quedando así radicada para todo trámite ulterior.

*v.* Los beneficios del seguro de vida se pagarán exclusivamente al (los) beneficiario(s) designado(s) por el Socio y de haber un beneficiario que haya fallecido antes que el asegurado principal, los beneficios del seguro serán distribuidos conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

*vi.* Si el Socio no completó en vida el formulario de designación de beneficiarios de su seguro de vida y de éste fallecer, la

aseguradora o **EL PLAN** procesarán el pago del beneficio de acuerdo con las leyes aplicables de Puerto Rico.

*vii.* Si los beneficiarios del seguro de vida son menores de edad, conforme su definición en las leyes aplicables, la aseguradora o **EL PLAN** procederán según establecido por las leyes de Puerto Rico.

**b. COMPENSACIÓN POR MOTIVO DE ACCIDENTES, PÉRDIDA DE EXTREMIDADES, VISIÓN, HABLA, AUDICIÓN O PARÁLISIS:**

*i.* Sujeto a limitaciones o restricciones del mercado de seguros y mientras las circunstancias económicas del Fondo de Beneficencia así lo permitan, la Junta de Síndicos mantendrá vigente como parte de la póliza de seguro grupal, una cubierta por muerte accidental del Socio que califique o por la pérdida de extremidades, visión, habla, audición, o parálisis, como consecuencia de accidentes.

*ii.* Este beneficio cubre a todos aquellos Socios que hayan trabajado durante el Año Fondo previo, por lo menos el mínimo de horas requeridas y aprobadas anualmente por la Junta de Síndicos para tener derecho a las diferentes categorías del seguro de vida. El beneficio surge por motivo del fallecimiento del Socio que califique, o por la pérdida de una extremidad, la visión, parálisis, habla o audición del Socio por razón de accidentes, sujeto a las evaluaciones médicas pertinentes.

*iii.* En el caso de desmembramiento o pérdida de extremidades, visión, habla, audición o parálisis, el Socio deberá solicitar del médico que le ha tratado su condición, que complete el formulario provisto por **EL PLAN** para radicar la reclamación correspondiente. Una vez completado dicho formulario, el mismo deberá radicarse ante **EL PLAN**. **EL PLAN** revisará la corrección de la información sometida y lo remitirá a la compañía aseguradora, la cual procederá a tramitar el pago del beneficio o a denegar la reclamación de entender que se aparta de los parámetros establecidos, según los términos y las condiciones establecidas en la póliza de seguro. El beneficio puede ser parcial o total dependiendo de la naturaleza del daño sufrido.

**c. BENEFICIO POR GASTOS DE FUNERAL:**

*i.* La Junta de Síndicos mantendrá vigente una póliza para cubrir hasta cierto límite, los gastos de funeral del Socio Elegible de las diferentes categorías, de su cónyuge o pareja registrada en **EL PLAN** y de aquellos hijos que sean Dependientes registrados en

**EL PLAN**, según definidos a continuación para efectos de este beneficio:

1. Que aparezcan registrados como hijos dependientes en los archivos que mantiene **EL PLAN** para propósitos exclusivos de la cubierta de funeral o que figuren activos en la cubierta de servicios médicos del Socio Elegible.
2. Que sea menor de 26 años, independientemente de su lugar de residencia, su estado civil, de su grado de dependencia económica con el Socio, de si está cursando estudios, o cualesquiera combinaciones de estos factores.
3. Que sea hijo del Socio y se encuentre física o mentalmente incapacitado independientemente de su edad y figure registrado en los archivos de **EL PLAN** o aparezca como Dependiente Elegible en la cubierta de salud del Socio.
4. Que sean hijos adoptados legalmente por el Socio o colocado para adopción e hijastros, únicamente si el Socio o su cónyuge o pareja tiene la custodia legal total otorgada por un tribunal competente. En ambas circunstancias el hijo adoptado tiene que figurar en los registros de **EL PLAN**.

**Resulta indispensable que aquellos Socios que durante el año fondo acumulen por lo menos el mínimo de horas establecidas para tener derecho al programa de seguros, que visiten las oficinas de EL PLAN para incluir a los hijos dependientes que califican para el beneficio del seguro de funeral conforme a los criterios indicados. De no figurar registrados en EL PLAN no serán incluidos en la notificación que envía EL PLAN a la compañía aseguradora y por consiguiente, pierden el derecho al beneficio.**

*ii.* En caso del fallecimiento del cónyuge o pareja del Socio, o del hijo dependiente elegible según definido en el Inciso anterior, se pagará la cantidad establecida por la Junta de Síndicos, ya sea al propio Socio o a la persona que presente evidencia de que incurrió en los gastos funerales. En esta última circunstancia el Socio deberá autorizar que se efectúe el pago del beneficio a un tercero, a menos que el reclamante presente un poder otorgándole toda la autoridad para efectuar

transacciones relacionadas con el Socio, o un Tribunal competente lo haya designado como tutor del Socio. Se pagará la cantidad máxima establecida independientemente que la evidencia de gastos presentada resulte por una cantidad menor o mayor. Este beneficio es extensivo tanto a los Socios Elegibles como a los Socios que acumulen durante el Año Fondo previo, el mínimo de horas establecidas por la Junta de Síndicos para tener derecho al mismo. El beneficio no incluye gastos por la compra de lotes o compra, construcción de panteones, mausoléos, criptas, nichos o lápidas u otras facilidades.

*iii.* Para el trámite de este beneficio por motivo del fallecimiento del cónyuge o pareja o hijo Dependiente Elegible, se deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

1. Presentar a **EL PLAN** el Certificado de Defunción del cónyuge, pareja o hijo dependiente fallecido y evidencia del pago realizado o facturación de la funeraria.
2. Luego de determinar su elegibilidad se procederá a completar el Formulario de Reclamación del Seguro de Funeral requerido por la compañía aseguradora.
3. La compañía aseguradora procesará el desembolso o procederá a denegar la reclamación de entender que ésta no se ajusta a los parámetros establecidos en la póliza de seguro.

*iv.* En caso de la muerte de un Socio y luego de determinar su elegibilidad, se le pagará la cantidad establecida por la Junta de Síndicos a la persona que presente evidencia de que incurrió en los gastos fúnebres. Para el trámite del beneficio se utilizará el siguiente procedimiento:

1. Presentar a **EL PLAN** el Certificado de Defunción del Socio fallecido.
2. Presentar a **EL PLAN** evidencia de que se efectuó el pago o facturación por parte de la funeraria.
3. Luego de determinar su elegibilidad se procederá a completar el Formulario de Reclamación del Seguro de Funeral requerido por la compañía aseguradora que corresponda.
4. La compañía aseguradora procesará el pago o denegará la reclamación de ésta no ajustarse a los parámetros establecidos en la póliza de seguro.

#### **d. BENEFICIO POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL (DIETAS):**

*i.* La Junta de Síndicos mantendrá vigente una póliza para ofrecer un beneficio por incapacidad no ocupacional (dietas), a favor de los Socios Elegibles según se establece en el Artículo Ocho (VIII) de este Manual.

*ii.* Transcurridos ocho (8) días de su enfermedad y a solicitud del Socio Elegible, se completará el Formulario de Reclamación de Beneficio por Incapacidad No Ocupacional. El Socio deberá obtener en el formulario correspondiente, la certificación del médico que le brindó tratamiento para la condición que dio margen a la incapacidad, quien certificará su condición médica y establecerá el período de descanso requerido. Además, el Socio deberá obtener del patrono naviero para el cual laboraba al momento de la enfermedad o condición que lo incapacitó, una certificación en el sentido de que no está trabajando por razón de su condición de salud y que la misma no se relaciona con su trabajo.

*iii.* De mantenerse la condición médica por tiempo adicional que incapacite al Socio a reintegrarse a su trabajo y si aún no ha recibido el importe total del beneficio, el Socio completará y entregará a **EL PLAN** el Formulario Suplementario de Reclamación de Beneficios por Incapacidad. El Socio deberá proveer la información indicada en dicho formulario y procederá a firmarlo.

*iv.* El formulario que aplique a la situación particular del Socio Elegible le será provisto en las oficinas de **EL PLAN**. Una vez dicho formulario sea completado por el Socio, el médico y el patrono, **EL PLAN** procederá a su radicación en la compañía de seguros correspondiente.

*v.* Luego de la compañía de seguros evaluar la solicitud, procederá al pago de la reclamación o a su denegación, indicando las razones para esto último.

#### **e. BENEFICIO DE SEGURO POR CONDICIONES DE CÁNCER:**

*i.* Mientras las condiciones económicas de **EL PLAN** así lo permitan, se mantendrá un beneficio a favor de los Socios Elegibles y sus dependientes designados, según éstos son definidos en el Procedimiento aprobado por la Junta de Síndicos a esos efectos, una cubierta de seguro en calidad de suma o pago global único, en aquellas circunstancias en que se les diagnostique la condición de cáncer por primera vez. La Junta de Síndicos determinará la cuantía de la suma global o pago único que se establecerá como beneficio. El beneficio se

otorgará en una sola ocasión durante la vida del Socio Elegible y conforme a la definición de “cáncer” especificada en el Procedimiento aprobado por la Junta de Síndicos.

*ii.* Para efectos de este beneficio, la Junta de Síndicos determinará si **EL PLAN** se convertirá en auto-asegurador o si transfiere el riesgo a compañías aseguradoras privadas.

*iii.* **EL PLAN** diseñará el formulario de solicitud para reclamar este beneficio.

## **B - FONDO SEPARACIÓN DE EMPLEO**

### **1. BENEFICIOS**

a. El Fondo de Separación de Empleo se nutre de las aportaciones de los propios trabajadores de muelles y de las aportaciones patronales. En el caso de los oficiales y empleados de **LA UNIÓN** y de los propios empleados regulares de **EL PLAN**, éstos autorizarán por escrito a sus respectivas Unidades de Recursos Humanos, las aportaciones que interesan se les descuenten de su salario. El Fondo tiene como objetivo el proveer ayuda económica al Socio al momento de su separación final del empleo.

b. Los Socios de **EL PLAN** que mantengan sus aportaciones en el Fondo de Separación de Empleo, podrán efectuar retiros parciales de sus aportaciones, conforme a las disposiciones y condiciones establecidas en el Reglamento y en el Procedimiento para el trámite de beneficios del Fondo que apruebe la Junta de Síndicos.

c. Para poder reclamar el total de las aportaciones al Fondo de Separación de Empleo, el Socio tiene que haber terminado en su empleo en las Compañías Contribuyentes.

d. El Socio deberá completar y firmar el formulario que **EL PLAN** provea para dicho propósito. Se requiere la entrega de la Tarjeta de Identificación de la Unión en los casos que así aplique. Los documentos serán entregados en la oficina que designe **EL PLAN** a esos efectos.

e. En caso del fallecimiento del Socio, el (los) beneficiario(s) designado(s) conforme a testamento o declaratoria de herederos, deberá(n) completar y firmar el formulario que **EL PLAN** provea para dicho propósito y remitir en original el certificado de defunción y de nacimiento del Socio. Además, deberán proveer un original del acta de nacimiento de cada beneficiario incluido en el testamento o declaratoria de herederos y también el certificado de matrimonio de haber estado casado el Socio fallecido.

f. **EL PLAN** revisará la veracidad de la información sometida y que el formulario esté debidamente completado y firmado por el Socio o el beneficiario elegible, según corresponda.

g. **EL PLAN** procederá a emitir el cheque correspondiente a favor del Socio o beneficiario(s) y/o consignará los fondos en un tribunal competente en el caso de menores de edad, según aplique, conforme al balance acumulado en la cuenta del Socio y procederá a cerrar la misma.

h. El Socio no podrá continuar trabajando en el frente portuario a partir de la fecha en que retira el total de sus aportaciones acumuladas en el Fondo de Separación de Empleo, a menos que reembolse a **EL PLAN** el principal entregado previamente, más los intereses que debió acumular su cuenta hasta el momento en que expresa su interés en reincorporarse a su trabajo. La Junta de Síndicos está facultada para enmendar la reglamentación o las normas y procedimientos del Fondo cuando así lo estime necesario.

## **C - FONDO NAVIDEÑO**

1. Representa el beneficio navideño al que tienen derecho los trabajadores y se determina conforme a las tarifas establecidas por horas trabajadas según lo dispuesto en los Convenios Colectivos aplicables. Los dineros son aportados por las Compañías Contribuyentes y los trabajadores. Incluye también las aportaciones a este Fondo que realicen en su carácter personal los empleados regulares de **EL PLAN** y los oficiales y el personal regular de **LA UNIÓN**. Se paga el beneficio anualmente a los Socios de acuerdo a las horas certificadas y pagadas por las Compañías Contribuyentes donde han trabajado los empleados durante el Año Fondo previo. Por iniciativa propia de **EL PLAN** y/o debido a una reclamación del Socio, se realizarán investigaciones para subsanar cualquier diferencia entre las horas trabajadas según el récord del Socio y las horas que figuran en los informes trimestrales remitidos a **EL PLAN** por las Compañías Contribuyentes. En el caso de los oficiales y empleados de **LA UNIÓN** y de los propios empleados regulares de **EL PLAN**, éstos autorizarán por escrito a sus respectivas Unidades de Recursos Humanos para que descuenten de sus salarios las aportaciones que interesan hacer para el Fondo. En estos casos no hay aportación patronal para el beneficio.

2. Los recursos económicos recibidos para el Fondo Navideño se mantendrán invertidos de tal forma que las acumulaciones individuales de los Socios generen intereses a favor de éstos.

3. El pago del beneficio del Fondo Navideño se hará no más tarde del 15 de diciembre de cada año.

4. Se considera un fondo restringido y por consiguiente no está expuesto al cargo de gastos operacionales.

## D - FONDO DE VERANO

1. El Fondo de Verano recibe aportaciones conforme a las horas trabajadas por los Socios, en virtud de lo dispuesto por éstos mediante referéndum o por disposiciones de convenios colectivos. La aportación podrá ser exclusiva de los socios mediante el mecanismo de “check-off” o combinada de así disponerlo los convenios colectivos.

2. El pago anual del beneficio se efectuará en la primera semana del mes de junio de cada año e incluirá la cantidad aportada por el Socio durante el Año Fondo previo con sus respectivos intereses.

## ARTÍCULO VI

### PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD

El Plan de Bienestar ofrece a sus Socios un amplio programa de servicios de salud cuya filosofía se basa en la promoción de la salud, la prevención y la temprana detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Se promueve, además que sus participantes reciban la más alta calidad de cuidado médico, accesibilidad a los proveedores disponibles y variedad de servicios de salud al costo más razonable posible.

La cubierta de servicios médicos de **EL PLAN** está diseñada conforme a los estatutos aplicables a la materia en Puerto Rico y en Estados Unidos, incluyendo las disposiciones del Patient Protection and Affordable Act. Las disposiciones de esta Ley fueron aplicables a **EL PLAN** efectivo el 1 de enero de 2014 amparándose en las disposiciones de la cláusula “Grandfather status” que eximía a **EL PLAN** de sus disposiciones hasta la referida fecha. El Programa de Servicios de Salud incluye una cubierta básica que cubre los servicios esenciales a saber:

- Uso de salas de emergencias
- Estadía en habitación semi-privada independientemente que sea por condiciones médico-quirúrgicas, mentales o por el uso de sustancias, en hospitales participantes hasta un máximo de 365 días al año. (excepto a padres con cubierta limitada (OPD), quienes únicamente tienen cubierta de servicios ambulatorios)
- servicios de maternidad (incluye estadía hospitalaria tanto a la madre como al recién nacido según descrito en mayor detalle más adelante)
- servicios de salud mental y por uso de sustancias
- servicios ambulatorios
- Exámenes de rayos X

- Pruebas de laboratorios
- servicios pediátricos
- servicios preventivos para adultos, mujeres y niños
- medicamentos recetados
- enfermedades crónicas y perniciosas
- servicios dentales
- otros

Para detalles específicos sobre el alcance de la cubierta, puede referirse al Directorio de Servicios Médicos más reciente.

## **A. SOCIOS ELEGIBLES A LOS SERVICIOS MÉDICOS**

Los siguientes Socios son elegibles para recibir los servicios que se ofrecen bajo el programa de servicios médicos:

1. El Socio que haya trabajado y acumulado 210 horas o más durante el Año Fondo anterior (octubre a septiembre), o que por una consideración especial se designe como elegible a los servicios médicos mediante una autorización a esos fines por parte de la Junta de Síndicos. De igual manera se consideran Socios Elegibles a los servicios médicos, los oficiales y empleados de las Locales de **LA UNION** y los empleados regulares de **EL PLAN**.
2. Para disfrutar de este beneficio el Socio Elegible deberá mantener en **EL PLAN** sus aportaciones al Fondo de Separación de Empleo. Se dispone que los Socios Elegibles que se les reembolse durante el Año de Elegibilidad sus aportaciones al Fondo de Separación de Empleo y que hayan acumulado al momento de su retiro 210 horas o más para el próximo Año de Elegibilidad, tanto éste como sus dependientes elegibles mantendrán la cubierta de servicios médicos desde la fecha del retiro de las aportaciones, hasta el siguiente Año de Elegibilidad. Si al momento de su retiro el Socio tiene acumuladas menos de 210 horas para el próximo Año de Elegibilidad, la cubierta del plan médico se mantendrá vigente hasta el 31 de diciembre del año de elegibilidad durante el cual el Socio Elegible retiró sus aportaciones del Fondo de Separación de Empleo. En el caso del fallecimiento del Socio, se aplicarán las mismas normativas a favor de sus Dependientes Elegibles que disfrutaban de este beneficio al momento de su fallecimiento. Una vez retirado el Socio en ambas circunstancias tanto el propio Socio, de no haber fallecido, como sus dependientes registrados tienen derecho a los servicios médicos conforme a las disposiciones de la Ley COBRA, sujeto a que así lo soliciten, cumplan con los requisitos establecidos por ley y efectúen los pagos mensuales por concepto de las primas que establezca **EL PLAN**.

## B. DEPENDIENTES ELEGIBLES AL BENEFICIO DE SERVICIOS MÉDICOS

### a) Socios Elegibles casados o con parejas podrán incluir como dependientes:

1. Cónyuge - Incluye a los casados legalmente, limitándose los derechos a un cónyuge por cada Socio. En aquellos casos en que el Socio incluya un nuevo cónyuge, la cubierta de servicios de salud para este nuevo cónyuge será efectiva el primer día del mes siguiente a su inscripción. Sin embargo, de conformidad con los estatutos federales aplicables, la nueva cónyuge será incluida inmediatamente si ésta se encuentra en estado de embarazo al momento de la solicitud. Será imprescindible que el Socio presente evidencia documental del embarazo de su nueva cónyuge, ya sea mediante certificado médico de su obstetra-ginecólogo o de un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico y/o los resultados de pruebas de laboratorio que así lo confirmen. El cónyuge, según definido, deberá figurar registrado en **EL PLAN**. En su defecto, no tendrá derecho a beneficio alguno, excepto que haya sido incluido en la designación de beneficiarios del seguro de vida del Socio y éste fallezca.

2. Pareja - Incluye a las parejas de los Socios no casados, limitándose los derechos a una pareja por cada Socio. El Socio podrá incluir su nueva pareja transcurridos noventa (90) días, contados éstos a partir de la fecha en que fue retirada oficialmente de **EL PLAN** su pareja o cónyuge anterior. El requisito de espera de noventa (90) días aplica también a la pareja del Socio inmediatamente anterior, que fue dada de baja por el propio Socio y que éste interesa volver a inscribir. Sin embargo, la nueva pareja será incluida inmediatamente si ésta se encuentra en estado de embarazo al momento de la solicitud. En estos casos será imprescindible que el Socio presente evidencia documental del embarazo de su nueva pareja, ya sea mediante certificado médico de su obstetra-ginecólogo o de un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico y/o los resultados de pruebas de laboratorio que así lo confirmen. La pareja, según definida en el Manual de Beneficios, deberá figurar registrada en **EL PLAN**.

**Es responsabilidad del Socio notificar inmediatamente cualquier cambio en su estado civil o el fallecimiento de cualquiera de sus beneficiarios.**

3. Todos los hijos del Socio Elegible que sean menores de 26 años, según se definen en la ley, incluyendo hijos legalmente adoptados por el Socio o colocados para adopción, e hijastros siempre y cuando el Socio o su cónyuge o pareja tenga la custodia legal total de éstos

otorgada por un tribunal competente, o cuando el Socio o su cónyuge o pareja, sea designado como tutor legal del hijastro por las autoridades competentes. En ambas situaciones el Socio deberá presentar evidencia que así lo acredite. Para efectos de la cubierta de servicios médicos los hijos menores que se reclaman como dependientes elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos, según apliquen:

- Que sean hijos menores de 26 años.
- Los hijos menores de 26 años pueden continuar como dependientes del Socio Elegible, independientemente de su estado civil, de su lugar de residencia, de su grado de dependencia económica con el Socio Elegible, si se encuentra cursando estudios o cualquier combinación de estos factores. Incluye también a hijos menores de 26 años que sean elegibles a planes médicos patrocinados por el patrono del lugar donde éstos laboren.
- Los hijos de Socios Elegibles que se encuentren física o mentalmente incapacitados mantendrán la cubierta de servicios médicos sin límite de edad. Se requiere certificación médica en tal sentido, por lo menos en la primera ocasión en que el Socio solicita su inclusión si la condición es permanente. De no tratarse de una incapacidad física o mental permanente, el Socio Elegible deberá proveer periódicamente certificaciones médicas que acrediten tal incapacidad según le sea requerido por **EL PLAN**.
- No se consideran “Dependientes Elegibles” los cónyuges o parejas e hijos del dependiente elegible menor de 26 años. Tampoco se considerarán “Dependientes Elegibles” del Socio principal, sus nietos y sobrinos, aunque éste tenga la custodia legal de éstos.
- En aquellos casos de hijas de Socios que se encuentren en estado de embarazo, se dispone que, aunque sean dependientes elegibles de éste, no tendrán cubierta prenatal, post natal ni el parto, independientemente que sea natural o por cesárea, ni partos prematuros o abortos, excepto aquellos servicios que sean considerados como preventivos, aunque estén vinculados con el estado de embarazo. Tampoco incluye el cuidado del niño antes o después de su nacimiento. No obstante, sí disfrutarán de la demás cubierta ofrecida a los dependientes elegibles.

**b) Socios Elegibles solteros que figuren sin dependientes en EL PLAN podrán incluir como dependientes:**

1. El padre y/o madre del Socio Elegible soltero, mientras el Socio mantenga ese estado civil, que sean menores de 65 años, siempre y cuando vivan con el Socio bajo el mismo techo y dependan completamente de éste para su sustento. No califican para su ingreso aquellos padres que al momento de la solicitud original ya hayan cumplido 65 años. En los casos de padres ya calificados previamente que cumplan 65 años, los servicios médicos se limitarán a los prestados en los dispensarios y servicios ambulatorios básicos (OPD). **Bajo estas circunstancias no se incluyen servicios de hospitalización.** En los casos de padres que hayan cumplido 65 años y que posean la cubierta del Programa Medicare, **EL PLAN** fungirá como proveedor primario respecto a los servicios ambulatorios básicos. Se reitera que, en el caso de Socios Elegibles solteros, se mantendrá la cubierta a favor de los padres o hermanos mientras el Socio no solicite de **EL PLAN** un cambio de estado civil o incluye a hijos dependientes.

2. Hermanas y/o hermanos biológicos, siempre que cumplan con los siguientes requisitos:

*i.* En ausencia de padres registrados en **EL PLAN**, el Socio Elegible soltero podrá incluir hasta dos (2) hermanas y/o hermanos biológicos que sean solteros no emancipados, mientras el Socio no solicite de **EL PLAN** un cambio de estado civil o incluye a hijos dependientes. Se excluyen aquellos hermanos que ya tienen sus propios hijos o las hermanas que se encuentren en estado de gestación, incluyendo abortos, excepto aquellos servicios que sean considerados como preventivos, aunque estén vinculados con el estado de embarazo.

*ii.* Que sean menores de 26 años.

*iii.* Los(as) hermanos(as) biológicos incluidos como dependientes que se encuentren física o mentalmente incapacitados, mantendrán la cubierta de servicios médicos sin límite de edad, mientras el Socio no solicite de **EL PLAN** un cambio de estado civil o incluya hijos como dependientes. Se requiere certificación médica respecto a la incapacidad por lo menos en la primera ocasión en que el Socio solicita su inclusión si la condición es permanente. De no tratarse de una incapacidad física o mental permanente, el Socio Elegible soltero deberá de tiempo en tiempo proveer certificaciones médicas que acrediten tal incapacidad según le sea requerido por **EL PLAN**.

iv. Que dependan completamente del Socio para su sustento y vivan bajo el mismo techo.

### c) INSCRIPCIONES ESPECIALES

Si el Socio opta por no inscribirse en la cubierta médica de **EL PLAN**, ya sea para el propio Socio o para sus dependientes elegibles, incluyendo al cónyuge o pareja, debido a que tiene otro seguro de salud o cubierta de un plan de salud grupal, el Socio y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en la cubierta médica que ofrezca **EL PLAN**, si el Socio o sus dependientes elegibles pierden elegibilidad para la otra cubierta o si el patrono del Socio deja de contribuir a su otra cubierta o la de sus dependientes. Lo anterior resulta posible siempre y cuando, tanto el Socio como sus dependientes sean elegibles para participar de la cubierta de salud ofrecida por **EL PLAN**. Sin embargo, el Socio debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que finalice su otra cubierta o la de sus dependientes o después que el patrono cese de contribuir a su otra cubierta o la de sus dependientes.

Si el Socio tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse tanto el Socio como sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, el Socio deberá comunicarse con **EL PLAN**.

### d) MATERNIDAD

1. **EL PLAN** proveerá servicios completos de maternidad a Socias Elegibles o cónyuges o parejas de Socios Elegibles, según definidas. Se entiende como servicios de maternidad todo cuidado prenatal, de alumbramiento y postnatal ofrecido a la Socia o beneficiaria de **EL PLAN** y exclusivamente relacionado con su estado de gravidez. No se requerirán pre-autorizaciones o referidos para los servicios de obstetricia-ginecología.

2. **EL PLAN** en cumplimiento con la Ley Federal “New Born Act”, hace constar que las Socias, cónyuges o parejas del Socio, son elegibles a la cubierta de maternidad independientemente que se encuentren en estado de embarazo al momento de su suscripción original.

3. Se exhorta a las Socias o beneficiarias que requieran del servicio de maternidad, que soliciten dicho servicio dentro de las primeras semanas de embarazo, de tal forma que reciban el servicio desde fecha temprana y así evitar posibles complicaciones posteriores. No obstante, lo anterior

se le brindará a las Socias o beneficiarias todos los servicios de maternidad independientemente cuando acudan a recibir los mismos.

4. Se dispone que las hijas del Socio Elegible, independientemente de su edad, que se encuentren en estado de embarazo, aunque sean dependientes elegibles de éste, estarán excluidas de la cubierta de maternidad. La exclusión incluye el cuidado prenatal, post natal, el parto sea natural o por cesárea, partos prematuros o abortos, excepto aquellos servicios que sean considerados como preventivos antes, durante y después del estado de embarazo, aunque estén vinculados con el propio estado de embarazo. Tampoco incluye a las hijas dependientes en términos de cuidado de su niño antes o después de su nacimiento. No obstante, lo indicado previamente éstas disfrutarán de la demás cubierta médica ofrecida a los Dependientes Elegibles, según definida.

#### **e) CUBIERTA DE NIÑOS RECIÉN NACIDOS, NIÑOS ADOPTADOS Y/O COLOCADOS PARA ADOPCION**

1. La estadía de hospitalización del niño recién nacido y de su madre en un hospital será garantizada por lo menos por cuarenta y ocho (48) horas a partir del nacimiento cuando se trate de un parto natural. En el caso de partos mediante el procedimiento de cesárea, la hospitalización del niño recién nacido y su madre será garantizada por lo menos por noventa y seis (96) horas a partir del nacimiento. En ninguna circunstancia **EL PLAN** podrá solicitar de la institución hospitalaria que limite la estadía del niño recién nacido o de su madre a menos de cuarenta y ocho (48) horas o noventa y seis (96), horas a partir del nacimiento, según aplique. Sin embargo, las leyes aplicables permiten que el proveedor de servicios de la madre o del recién nacido, luego de consultarlo con la madre, puedan dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (96) horas, según corresponda. En cualquier caso, según lo disponen las leyes aplicables, no se puede exigir que un proveedor obtenga autorización de **EL PLAN** o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no supere las 48 horas o las noventa y seis (96) horas, según corresponda.

2. El Socio podrá incluir en la cubierta de servicios médicos de **EL PLAN** en calidad de inscripciones especiales, a sus hijos recién nacidos durante el año de elegibilidad para que éstos comiencen a disfrutar de los servicios de salud que ofrece **EL PLAN**. Es responsabilidad del Socio notificar a **EL PLAN** de dicho nacimiento y deberá presentar los documentos que así lo acrediten. A continuación, se indican los pasos a seguir:

- a. El Socio deberá notificar a **EL PLAN** el nacimiento de su hijo(a).
- b. Al notificar el nacimiento de su hijo(a), **EL PLAN** le otorgará una certificación de cubierta. Inclusive, de ser factible se expedirá inmediatamente la tarjeta de **EL PLAN** correspondiente al año de elegibilidad.
- c. No se requieren pre-autorizaciones o referidos para las visitas a pediatras.

3. El Socio podrá incluir en la cubierta de servicios médicos de **EL PLAN** en calidad de inscripciones especiales, a los hijos adoptados legalmente por éste o colocados para adopción. La cubierta de servicios de salud para los hijos adoptados será efectiva el día de su adopción o de colocación para adopción.

#### **f) ASISTENCIA CON PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)**

- a. Si el Socio o sus Dependientes son elegibles a Medicaid o al Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés), podría mantener la cobertura médica de **EL PLAN**. El Gobierno de Puerto Rico puede tener un programa de asistencia basado en primas que le ayude a usted a pagar por una cobertura médica si fuera necesario, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted como Socio o sus Dependientes no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de gobierno de asistencia con primas. Sin embargo, existe la posibilidad que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre este tema, visite **[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)**.
- b. Si el Socio o sus Dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y entiende que tanto usted como cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP del Gobierno de Puerto Rico, llamando al teléfono **1-877-KIDS NOW** o visite **[www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov)** para información sobre como presentar su solicitud.
- c. El Socio o sus Dependientes que sean elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, también pueden ser elegibles bajo la cubierta médica de **EL PLAN**. Este último tiene que permitirle inscribirse en su cubierta, si usted aún no está inscrito. Esto se conoce como oportunidad de “inscripción especial”. No

obstante, **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con primas.** Si tiene preguntas sobre la inscripción en la cubierta médica de **EL PLAN**, comuníquese electrónicamente con el propio **PLAN** o al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos a través de **www.askebsa.dol.gov** o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

- d. También puede obtener información adicional sobre el “Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act” (“CHIPRA”) en Puerto Rico en [www.medicaid.pr.gov](http://www.medicaid.pr.gov).

## **g) CUBIERTA PARCIAL DE CÁNCER Y ENFERMEDADES PERNICIOSAS**

a. La cubierta de cáncer cubre, hasta los límites establecidos, a todo Socio Elegible y sus Dependientes Elegibles. La cubierta de cáncer incluye costos de hospitalización, servicios de anestesia, de cuidado intensivo, transfusiones de sangre y plasma y los medicamentos necesarios y recetados durante la hospitalización del paciente, en la medida que figuren en la cubierta de farmacia. Incluye también otros servicios ambulatorios según figuran en el Directorio de Servicios Médicos de **EL PLAN**, hasta los límites establecidos.

b. Si la participante o beneficiaria ha sido sometida o va a someterse a una cirugía de mastectomía, ésta pudiera tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley Federal de Derechos de Salud de la Mujer con Cáncer de 1998 (“Women’s Health and Cancer Right Act”). Aquellas beneficiarias que estén recibiendo beneficios relacionados a una mastectomía, **EL PLAN** les proveerá cubierta en consulta con el médico que la atiende o con la propia beneficiaria, en términos de tratamiento en todas las etapas.

c. Estos beneficios serán provistos sujeto a los deducibles y co-pagos aplicables conforme a la política de **EL PLAN** para procedimientos similares. Esta ley también requiere que se notifique anualmente a las beneficiarias que se han sometido a una mastectomía, respecto a su derecho a beneficiarse de todas las etapas de reconstrucción y cirugías para lograr simetría, sobre las prótesis, e inclusive, sobre las posibles complicaciones resultantes de la mastectomía que son cubiertas. Si la beneficiaria requiere mayor información sobre los beneficios que le concede la Ley Federal de Derechos de Salud de la Mujer con Cáncer, puede comunicarse a la administración de **EL PLAN** al teléfono 787.268.0404.

## h) PROGRAMA ANUAL DE CUIDADO DE SALUD PREVENTIVA

a. **EL PLAN** ofrecerá al Socio y a sus Beneficiarios Elegibles, un examen físico anual sin costo alguno, para prevenir enfermedades, basándose en su estado de salud y factores de riesgo. La visita incluirá una revisión de su historial médico y social relacionado con su salud, actividades educativas de cómo mantenerse saludable y consejería sobre los **servicios preventivos**, incluyendo evaluaciones, vacunas y referidos para otros cuidados de ser necesario, para la detección y prevención temprana de condiciones que puedan afectar su salud.

### I - NATURALEZA DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS

a. EL PLAN pondrá a la disposición del Socio y sus Beneficiarios Elegibles previamente citados, servicios preventivos sobre el cuidado de la salud para ayudarlo así a mantenerse en óptimas condiciones. Si el paciente presenta alguna condición no diagnosticada hasta el momento de la evaluación inicial, los servicios de prevención le ayudarán a tener conocimiento de dicha condición para que pueda mantenerla bajo control y evitar así que su salud empeore. Estos servicios no solo le ayudarán a entender su condición, si no también le orientarán sobre cómo mantenerse saludable.

### II- ESTABLECIMIENTO DE CLÍNICA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

- a. **EL PLAN** designará a un médico a los efectos de celebrar en fechas y horas específicas una clínica ambulatoria para la evaluación inicial y atención de los pacientes previamente citados.
- b. Los pacientes serán citados anualmente, a través de cartas preimpresas originadas a través del sistema electrónico de **EL PLAN**. Inclusive, se podrá reconfirmar la asistencia mediante llamadas telefónicas en fecha temprana a la cita.
- c. Las visitas anuales para la evaluación médica preventiva serán coordinadas de conformidad con el género y la edad de cada persona.
- d. El paciente debe completar un cuestionario breve conocido como ***Evaluación de Riesgo para la Salud***, el cual debe enviarlo al Dispensario antes de su cita. Este cuestionario se le remitirá a la persona conjuntamente con la comunicación que establece la fecha y hora de la cita. Sus respuestas contribuirán a crear un plan de prevención que lo ayude a mantenerse sano y beneficiarse al máximo de su examen.

- e. El servicio en el Dispensario de **EL PLAN** o en la facilidad que se designe a esos efectos, si alguna, será con **cero deducible o co-pago** tanto en la visita inicial como en la visita de seguimiento para interpretarles los resultados de las pruebas.
  - f. Las pruebas de laboratorio y estudios radiológicos básicos que determine el médico como indispensables en el proceso de evaluación inicial, serán sin cargo o co-pagos para el paciente. **EL PLAN** lo certificará así al proveedor del servicio.
  - g. Si el médico del Dispensario (o proveedor) le hace otros exámenes o le ofrece otros servicios durante la misma visita y éstos no son considerados como parte de los servicios preventivos, el Socio o su Beneficiario tendrá que pagar el deducible correspondiente. El médico deberá orientar al respecto al paciente cuando surja la eventualidad.
1. **Servicios Preventivos para Adultos**
    - a. Los servicios preventivos para adultos, según figuran en el directorio de servicios médicos de **EL PLAN**, estarán exentos del pago de deducibles o copagos de cumplirse con los criterios establecidos. Se recomienda al Socio o Dependiente Elegible que se comunique con los Coordinadores de Salud de **EL PLAN** para que reciba orientación sobre el alcance de la cubierta.
  2. **Servicios Preventivos para Mujeres Incluyendo Embarazo**
    - a. Los servicios preventivos para mujeres incluyendo embarazo que figuran en el directorio de servicios médicos de **EL PLAN**, estarán exentos del pago de deducibles o copagos de cumplirse con los criterios establecidos. Se recomienda al Socio o Dependiente Elegible que se comunique con los Coordinadores de Salud de **EL PLAN** para que reciba orientación sobre el alcance de la cubierta.
  3. **Contraceptivos**
    - a. Conforme a disposiciones de leyes federales, tanto las Socias como las cónyuges o parejas de los Socios que estén registradas en **EL PLAN** y con capacidad reproductiva, tienen derecho a que se les cubra por lo menos uno de los 18 métodos contraceptivos aprobados por Food and Drug Administration (FDA). **Esto siempre y cuando el método seleccionado sea prescrito por un proveedor de servicios de salud, aún para productos “over the counter, (OTC).** Los métodos

contraceptivos aprobados por FDA se encuentran desglosados en el Directorio de Servicios Médicos de **EL PLAN**.

b. La cubierta de contraceptivos para mujeres incluye también el desarrollo de campañas educativas y consejerías dirigidas a toda Socia, cónyuge o pareja con dicha capacidad reproductiva. La alternativa o método seleccionado por la mujer será aprobado sin deducibles. Sin embargo, **EL PLAN** está facultado a establecer deducibles cuando la mujer selecciona una alternativa de marca cuando existan productos genéricos aprobados, excepto que el médico certifique que resulta inseguro para la paciente la utilización de la versión genérica del producto. Los productos que sean “over the counter” (OTC), se cubrirán por prescripción médica solamente. **No se incluyen drogas para inducir abortos.**

c. **EL PLAN** cubrirá sin deducibles o co-pagos, los costos por los servicios recibidos por la remoción de dispositivos intrauterinos. Esto partiendo de la premisa que esta remoción se considera como un servicio médico. La cubierta incluye también visitas de seguimiento para el manejo de efectos secundarios o para discontinuar el método anticonceptivo previo. En el caso de prescripción médica de métodos alternativos, **EL PLAN** cubrirá los mismos sin cargos por deducibles.

#### 4. Servicios Preventivos para Niños y Jóvenes

a. Los servicios preventivos para niños y jóvenes según figuran en el directorio de servicios médicos de **EL PLAN**, estarán exentos del pago de deducibles o copagos de cumplirse con los criterios establecidos. Se recomienda al Socio o Dependiente Elegible que se comunique con los Coordinadores de Salud de **EL PLAN** para que reciba orientación sobre el alcance de la cubierta.

### I) COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

1. **EL PLAN** podrá coordinar servicios médicos si el Socio posee otro seguro o plan de salud. Mediante el proceso de coordinación de beneficios **EL PLAN** puede determinar cuál será su plan primario y cuál es secundario. La coordinación de beneficios está sujeta a que se obtenga autorización previa de **EL PLAN** a través de sus Coordinadores de Servicios. **EL PLAN** no necesariamente será responsable del pago de estos servicios si se obtienen sin previa autorización o que los servicios recibidos no figuren en la cubierta de **EL PLAN**.

2. Cuando el asegurado está cubierto por más de un plan de seguro de salud grupal, las leyes estatales y federales permiten que sus

aseguradoras sigan un procedimiento llamado Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando el Socio tenga una reclamación. La meta es asegurar que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que los gastos permisibles del cuidado de la salud que estén cubiertos.

3. La coordinación de beneficios aplica cuando un asegurado tiene cubierta de seguro de salud bajo más de un plan. Esto ocurre, por ejemplo, cuando tanto el esposo como la esposa trabajan y ambos optan por tener una cubierta familiar a través de sus respectivos patronos.

4. Para efectos de la coordinación de beneficios, un plan es cualquiera de los siguientes modelos que provea beneficios o servicios de cuidado médico o dental u otros servicios de cuidado de la salud. Si se utilizan contratos separados para coordinar la cubierta para los miembros de un grupo, los contratos separados son considerados partes del mismo plan y no hay una coordinación de beneficios (COB) entre dichos contratos separados.

(a) Un plan pueden ser seguros grupales, contratos de una organización de mantenimiento de la salud (HMO – Health Maintenance Organización); planes de panel cerrado u otras formas de cubierta grupal ya sean grupos asegurados o auto asegurados, componentes médicos de contratos grupales de cuidado y largo plazo, tal como cuidado de enfermería diestra, beneficios médicos bajo contratos automovilísticos grupales o individuales y Medicare o cualquier otro plan gubernamental, según lo acordado por ley.

(b) No se considera un plan los seguros individuales o familiares, cantidades de seguro de indemnización hospitalaria, pólizas de cubierta para accidentes escolares, pólizas de enfermedades específicas y pólizas suplementarias de Medicare, pólizas de Medicaid y cubierta bajo cualquier otro plan gubernamental federal, a menos que esté permitido por ley.

Cada contrato de cubierta bajo los incisos (a) y (b) se considera un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de COB aplican únicamente a uno de las dos, cada una de las partes es tratada como un plan separado. El término “este plan” incluye aquella parte del contrato de beneficios cubiertos para el cuidado de la salud al cual le son de aplicabilidad las disposiciones de COB y los cuales pueden ser reducidos conforme a los beneficios cubiertos por otro plan. Cualquiera otra parte del contrato de servicios y/o beneficios cubiertos, es separada de este plan, como ocurre bajo el supuesto de una cubierta dental la cual solo coordinará beneficios con un plan que cubra beneficios similares.

5. Las reglas del orden para determinar los beneficios establecen si el plan es “primario” o “secundario” en los casos en que el asegurado tenga una cubierta de seguro de salud en más de un plan. Cuando se establece cuál es el plan primario, éste determina el pago de beneficios antes que cualquier otro plan y sin tomar en consideración los beneficios de cualquier otro plan. Cuando el plan es secundario, éste determina sus beneficios luego del plan primario y puede reducir los beneficios que paga de manera que todos los beneficios de los planes no excedan el 100% del total de los gastos permisibles.

6. Un gasto que no está cubierto por ningún plan no es considerado un gasto permisible. Aquellos gastos ante los cuales un proveedor o una relación contractual prohíbe imputar dicho gasto a la persona asegurada, no será un gasto permisible bajo las disposiciones de este Manual. Se presentan a continuación ejemplos de gastos o servicios que no son gastos permisibles:

- a- La diferencia entre el costo de la habitación semiprivada de un hospital y la habitación privada (a menos que la estadía del paciente en la habitación privada de un hospital sea médicamente necesaria según los términos generalmente aceptados dentro de la práctica de la medicina, o uno de los planes rutinariamente provee la cubierta para habitaciones privadas en hospitales) no es un gasto permisible.
- b- Si un asegurado está cubierto por dos planes o más que computan sus pagos por beneficios a base de las tarifas usuales y acostumbradas, cualquier cantidad en exceso de la tarifa usual y acostumbrada más alta para un beneficio en específico no es un gasto permisible.

7. Cuando el asegurado está cubierto por más de un plan de seguro de salud grupal, las leyes estatales y federales permiten que sus aseguradoras sigan un procedimiento llamado Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando el Socio tenga una reclamación. La meta es asegurar que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que los gastos permisibles del cuidado de la salud que estén cubiertos.

8. Al asegurado se le requerirá que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Se requiere esa información para determinar si **EL PLAN** es pagador de beneficios “primario” o “secundario”. El plan primario siempre paga primero cuando el Socio tiene una reclamación. El pago realizado será de acuerdo con los términos de la póliza y el certificado de beneficios independientemente de la posibilidad o bajo el supuesto de que un plan secundario pueda

cubrir parte de los gastos permisibles no cubiertos por el plan primario. El plan secundario puede reducir los beneficios pagados de manera que el pago generado por todos los planes aplicables no sobrepase el 100% del total de los gastos permisibles que estén cubiertos.

9. Si el asegurado está cubierto por más de un plan de beneficios de salud, éste debe radicar todas sus reclamaciones con cada plan.

10. Si un asegurado está cubierto por dos planes o más que proveen beneficios o servicios a base de tarifas negociadas, cualquier cantidad en exceso de la tarifa negociada más alta no es un gasto permisible.

11. La cantidad de cualquier reducción de beneficio que resulte debido a que el asegurado no cumpla con las disposiciones del plan primario, no es un gasto permisible. Algunos ejemplos de este tipo de disposición incluyen segundas opiniones para cirugías, precertificación de admisiones y arreglos con proveedores preferidos.

12. Si un asegurado está cubierto por un plan que calcula sus beneficios o servicios a base de tarifas usuales y acostumbradas y por otro plan que provee sus beneficios o servicios a base de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario será el gasto permisible para todos los planes.

13. Período de Determinación de una Reclamación significa el período de tiempo durante el cual los gastos permisibles son comparados con el total de beneficios pagaderos para determinar cuánto pagará cada plan.

14. En ausencia de un decreto judicial que disponga lo contrario, el orden de beneficios cuando un hijo dependiente elegible está cubierto por más de un plan se podrá considerar como primario aquel que corresponda al padre, independientemente si los padres están casados o no. Si los padres naturales de un hijo dependiente se separan o divorcian y existe una sentencia del Tribunal declarando una custodia conjunta, el plan médico que cubre al padre podría ser el primario, siempre que el plan tenga conocimiento de la sentencia judicial en ese sentido. Si no existe sentencia de un tribunal el plan primario podría recaer sobre el plan del padre custodio. En segundo término recaería sobre el plan del ex-cónyuge del Socio.

15. **EL PLAN** requiere de cierta información sobre la cubierta y servicios de salud del otro plan que posea el Socio para aplicar estas reglas de coordinación de beneficios (COB) y determinar los beneficios pagaderos bajo este **PLAN**. **EL PLAN** mantendrá ciertas medidas de privacidad y seguridad con respecto a la información que reciba del Socio. Los usos

y divulgaciones de información confidencial de salud son permitidos bajo la Ley Federal HIPAA, ya que están bajo la categoría de pago por servicios de salud donde se especifica que no es necesaria la autorización del paciente. Solamente se usará y divulgará la información mínima necesaria.

16. Un pago realizado bajo otro plan médico podría incluir cierta cantidad que debió ser pagada bajo este plan. En estas circunstancias **EL PLAN** puede pagar dicha cantidad a la organización que realizó dicho pago. Esta cantidad será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. **EL PLAN** no tendrá que pagar la cantidad nuevamente. El término “pago realizado” incluye la provisión de beneficios en la forma de servicios, en cuyo caso este término significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en la forma de servicios.

17. Si la cantidad de los pagos realizados por **EL PLAN** es mayor que la que debió haber pagado bajo esta disposición de coordinación de beneficios (COB), puede recobrar el exceso de una o más personas a la(s) que le(s) haya pagado o para quienes fueron pagados, o cualquier otra persona que pudiera ser responsable por los beneficios o servicios provistos a la persona cubierta. La ‘cantidad de los pagos realizados’ incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio provisto en la forma de servicios.

## j) MEDICARE

1. Medicare es un plan básico de salud ofrecido por el Gobierno Federal para las personas que califican mayores de 65 años o menores de 65 años que estén incapacitados o que sufran una enfermedad renal terminal (“End Stage Renal Disease” o “ESRD” por sus siglas en inglés).

2. En los casos en que el Socio haya cumplido con el requisito de horas establecidas, **EL PLAN** será su plan primario y Medicare su plan secundario. No obstante, Medicare actuará como primario si **EL PLAN** no cubre determinado servicio médico.

3. Si la persona asegurada es un Socio no retirado de sesenta y cinco (65) años o más o su cónyuge de sesenta y cinco (65) años o más, **EL PLAN** coordinará los servicios con Medicare, según se describió previamente respecto a la Coordinación de Beneficios (COB). Como se indica en el inciso anterior, **EL PLAN** siempre será primario a Medicare, excepto que el servicio no figure como parte de la cubierta de **EL PLAN**. No obstante, algunas reglas pudieran aplicar dependiendo del tamaño del grupo y de acuerdo con las reglas de Medicare. Una persona que figura en este grupo puede escoger el plan Medicare como su plan

primario si así lo notifica a **EL PLAN**. Si el Socio escoge el plan Medicare como su plan primario, su cubierta de servicios médicos a través de **EL PLAN** cesará.

## k) CONDICIONES GENERALES

1) Regularmente los Socios y sus Dependientes Elegibles reciben los servicios médicos en el Dispensario de **EL PLAN**, en Centros de Servicios que mantenga **EL PLAN** y/o a través de una extensa red de proveedores contratada por **EL PLAN**, incluyendo hospitales y salas de emergencias. En caso de que por alguna emergencia un Socio o Beneficiario Elegible se vea en la necesidad de utilizar los servicios cubiertos por **EL PLAN** en facilidades, salas de emergencias u hospitales que no figuren en la red de proveedores contratada por **EL PLAN**, se pagará la reclamación directamente a la institución que ofreció el servicio hospitalario, cuando se reciba la facturación correspondiente y hasta la cantidad máxima establecida por **EL PLAN** para ese servicio. Si el Socio o el Beneficiario Elegible ha efectuado el pago directamente a dicha institución hospitalaria, **EL PLAN** le reembolsará al Socio o al Beneficiario Elegible los gastos incurridos hasta la cantidad máxima establecida por **EL PLAN**. Esto aplica siempre y cuando que el servicio médico prestado figure dentro de la cubierta que **EL PLAN** ofrece a su matrícula. El pago ya sea a la institución hospitalaria, al Socio o al Beneficiario Elegible, se realizará de acuerdo a **las tarifas** contratadas por **EL PLAN** por igual servicio con sus propios proveedores (“in-network providers”), menos los deducibles aplicables.

2) El pago o reembolso por servicios ambulatorios no será mayor a las tarifas establecidas por **EL PLAN** con sus proveedores contratados. Este límite aplica si la facturación recibida o evidencia de pago recibida, excede la tarifa máxima contratada por **EL PLAN** con su red de proveedores. En el caso de representar una cantidad menor se pagará conforme a la evidencia recibida, aplicando los deducibles o co-pagos correspondientes.

3) La reclamación de reembolso deberá radicarse dentro de los siguientes ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que el Socio o el Beneficiario Elegible recibió el servicio y deberá estar acompañada de las facturas y/o de los recibos y comprobantes de pago originales. En casos de emergencias, se entiende por este término aquella condición médica o quirúrgica aguda que surge de forma inesperada y súbita que pone en peligro la vida del individuo afectado o cualquiera de sus funciones importantes, que requiera atención médica inmediata y que por su premura, le impida esperar por su médico primario y acudir a una de las salas de emergencia de la red de proveedores de **EL PLAN**.

4) Es responsabilidad del Socio Elegible notificar inmediatamente cualquier cambio en su estado civil o el fallecimiento de cualquiera de sus beneficiarios. Esta notificación debe realizarla en la Unidad de Servicios Auxiliares de **EL PLAN**.

5) Es indispensable presentar la tarjeta de servicios médicos al visitar al médico primario o utilizar cualquiera de los centros de servicios.

6) Cada Socio o Beneficiario Elegible del grupo familiar debe usar su propia tarjeta al momento de solicitar servicios médicos.

7) Ningún Socio o Dependiente Elegible permitirá que personas ajenas, aún de su grupo familiar, utilicen su tarjeta para obtener los servicios de **EL PLAN**. Los servicios que se describen en el Directorio de Servicios Médicos no son transferibles a otros miembros del grupo familiar, tales como nietos, primos, abuelos, sobrinos, tíos, suegros o cualquier otro familiar. De hacerlo así, el Socio y sus Dependientes Elegibles se exponen a perder sus derechos, dependiendo la naturaleza del caso.

8) **EL PLAN** preparará y circulará periódicamente un Directorio de Servicios Médicos. Este Directorio establecerá detalladamente el alcance de la cubierta de servicios médicos que ofrece **EL PLAN** e incluirá información sobre los proveedores de estos servicios.

9) En la eventualidad de que un Socio o beneficiario(a) requiera servicios médicos rutinarios, excepto casos de emergencia, según dicho término es definido en este Manual y casos de pediatría u obstetricia-ginecología, debe visitar el Dispensario o el centro de servicios del puerto que le corresponda. Durante su visita al médico primario y de acuerdo con su condición, éste evaluará y recomendará las terapias u otros servicios que requiera, tales como pruebas de laboratorio, consultas a especialistas, estudios especializados cubiertos por **EL PLAN**, admisiones, entre otros.

10) Para los Socios o beneficiarios(as) que requieran servicios rutinarios de salud mental, alcoholismo o por sustancias controladas, excepto en casos de emergencia, estarán disponibles los centros de servicios y/o la Unidad de Servicios Psicológicos de **EL PLAN**, quienes evaluarán su condición y recomendarán psicoterapias u otros servicios que requiera, incluyendo su admisión en una facilidad psiquiátrica.

11) Durante el año el Socio podrá modificar su cubierta individual a una familiar si solicita el cambio dentro de los treinta y un (31) días luego de contraer matrimonio o por el nacimiento de un nuevo hijo. Se requerirá evidencia al respecto que valide la solicitud. La cubierta extendida tendrá vigencia inmediata desde el momento de su aprobación por **EL PLAN**.

12) **EL PLAN** no impondrá restricciones o limitaciones de clase alguna al momento de suscribirse a la cubierta de servicios médicos por condiciones preexistentes, ya sea el Socio Elegible o su beneficiario calificado. No obstante y sin que implique una restricción, para garantizar la calidad de la continuidad del servicio que se le ofrezca, se podrá solicitar a todo paciente nuevo que por primera vez se atienda en el Dispensario o Centro de Servicio que le corresponda, de entenderse necesario, evidencia médica del manejo y tratamiento de sus condiciones previas. Esto garantizará la calidad de la continuidad del servicio que se le ofrezca.

13) Para recibir ciertos servicios médicos y/o algunas pruebas de laboratorio que no sean de rutina, es necesario que el paciente tramite una preautorización escrita. A esta preautorización por escrito se le conoce como **referido**. El referido es el documento que se utiliza para facilitar el acceso coordinado de servicios profesionales de salud que no sean primarios. Si se justifica el servicio recomendado por el profesional de la salud y si está cubierto por **EL PLAN**, se autorizará el mismo. No se requerirán preautorizaciones o referidos para servicios de emergencias independientemente que se trate de condiciones médico-quirúrgicas o condiciones de salud mental, alcoholismo o por sustancias controladas, aunque el servicio sea provisto fuera de la red de proveedores contratada por **EL PLAN**, sujeto a lo dispuesto en el Inciso Uno (1) de estas **CONDICIONES GENERALES**.

14) Cuando un Socio o sus Beneficiarios Elegibles exhiban conducta desordenada o irrespetuosa en las clínicas, dispensarios privados, en el dispensario o Centro de Servicios de **EL PLAN**, en oficinas de médicos o de otros proveedores que le presten servicios médicos, el proveedor o entidad podrá negarse a atenderlos. El proveedor podrá someter un informe del caso a **EL PLAN**. En estas circunstancias **EL PLAN** someterá un informe a través de la Presidencia de la Junta de Síndicos a la Junta en pleno o al Comité de Disciplina de la Local de la Unión a la cual pertenece el Socio para que tome la acción que corresponda, exponiéndose así a perder sus derechos, dependiendo de la naturaleza de su conducta.

15) Ningún Socio o sus Dependientes Elegibles podrán ceder los beneficios a los que tengan derecho. Tal cesión será nula y sin valor alguno y se expone a que el Socio o sus Dependientes Elegibles, si incurren en este acto, pierdan su derecho a los mencionados beneficios.

16) **EL PLAN** podrá terminar la cubierta de servicios médicos del socio elegible o sus beneficiarios calificados, cuando éste o cualquiera de los

beneficiarios presenten o haga(n) presentar una reclamación falsa o fraudulenta, o cualquier prueba con el propósito de que **EL PLAN** pague indebidamente una reclamación por beneficios dispuestos en su cubierta. Dichos actos mencionados anteriormente pudieran causar la detención de pagos de reclamaciones hasta la terminación de la cubierta. La notificación para esta cancelación se hará por escrito y se entregará personalmente al Socio o se enviará por correo certificado a su última dirección, según demuestren los archivos de **EL PLAN**, con no menos de treinta (30) días antes de la fecha de cancelación. Para tomar esta determinación, no importa (a) la fecha en que se cometió tal acto, (b) la fecha ni el modo en que fue descubierta tal actuación, (c) o cuando tales personas presenten patrones de abuso, o fraude en la utilización de los beneficios provistos por **EL PLAN**.

17) En el caso de fraude o representación falsa de un hecho material por un solicitante al momento de ser asegurado ("underwritten"), la cubierta del individuo quedará rescindida retroactivamente a la fecha original de su efectividad y de acuerdo con lo que se dispone en la cláusula de Límite de Tiempo para Ciertas Defensas/periodo de incontestabilidad y la cláusula Cancelación Individual.

18) En caso de que la cubierta del Socio quede rescindida o sea cancelada como resultado de representación falsa de un hecho material en calidad de una cancelación Individual y las reclamaciones pagadas excedan la prima pagada, cuando así aplique, el individuo será responsable del pago de dichas reclamaciones en exceso de la prima. **EL PLAN** se reserva el derecho a rescindir (invalidar) retroactivamente a la fecha original de la vigencia de su suscripción, a cualquier persona cubierta en el caso de fraude o representación falsa de un hecho material. En caso de una cancelación **EL PLAN** le proveerá al Socio una notificación escrita en los treinta (30) días antes de que su cubierta sea cancelada. Para más detalles, refiérase a la disposición de Terminación. En el caso que se haya pagado a un proveedor por servicios prestados a un Socio que sometió una declaración falsa de acuerdo con los términos arriba establecidos, el asegurado es responsable de pagar a **EL PLAN** el monto correspondiente por los servicios prestados, además de un cargo por administración que así lo requiera **EL PLAN**.

19) En los casos que así aplique, El Socio o el Dependiente Elegible que pague la prima, será responsable por el pago de la prima correspondiente a la cubierta conforme con la cláusula de Terminación. La cubierta no puede ser revocada o enmendada una vez el Socio o Beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, a menos que no realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede la Ley; haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya

realizado intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por **EL PLAN** sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por **EL PLAN**.

20) Todas las declaraciones y descripciones en una solicitud de cubierta o en negociaciones para la misma realizadas por el Socio, se entenderá que son representaciones y no garantías. La impostura, las omisiones, el encubrimiento de hechos y las declaraciones incorrectas no impedirán el cobro con arreglo al acuerdo, a menos que:

- a. sean fraudulentas.
- b. que sean materiales, bien para la aceptación del riesgo o peligro asumido por el asegurador.
- c. **EL PLAN** de buena fe no hubiera expedido la póliza y el certificado de beneficios por una cantidad tan grande o no hubiera provisto cubierta con respecto al riesgo resultante en la pérdida, de habersele puesto en conocimiento de los hechos verdaderos como se requería en la solicitud para su suscripción.

Cuando el Socio o su Dependiente Elegible incurra en cualquiera de los actos señalados en esta sección, se impedirá el cobro solamente cuando el acto u omisiones de que se trate hubiere contribuido a la pérdida objeto de la causa de acción.

21) Será requisito que los Socios cubiertos por los servicios médicos de **EL PLAN** paguen el deducible o copago correspondiente al momento de recibir los servicios.

22) Se exhorta a los Socios y Dependientes Elegibles que utilicen los servicios de médicos e instituciones privadas dentro de la amplia red de proveedores contratada por **EL PLAN**.

## L) SERVICIOS EXCLUIDOS DE LA CUBIERTA

1. Los servicios que se especifiquen como **EXCLUIDOS DE LA CUBIERTA** en el Directorio de Servicios Médicos de **EL PLAN**, **ESTARÁN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS** de los servicios de salud que presta **EL PLAN**. Sin embargo, **EL PLAN** pondrá a la disposición del paciente y sus familiares inmediatos, los recursos humanos disponibles tales como, trabajadores sociales y psicólogos para que colaboren en la canalización de estos casos. Éstos, en coordinación con el paciente y/o su familiar más cercano, harán las gestiones para referir los casos a las facilidades de salud privadas, o a los programas gubernamentales y a recursos

disponibles en la comunidad para el tratamiento de las enfermedades o procedimientos que no figuren en la cubierta de **EL PLAN**.

## ARTÍCULO VII

### SERVICIO DE ESPEJUELOS

La Junta de Síndicos aprobó en beneficio de los Socios Elegibles, un programa de reembolso hasta el tope máximo que establezca la Junta de Síndicos, para la adquisición de espejuelos o lentes de contacto recetados. Este beneficio no forma parte de la cubierta de servicios médicos de **EL PLAN**. Se considera como un servicio complementario.

Tienen derecho al reembolso anual (en períodos de 12 meses), hasta el máximo establecido del costo de espejuelos o lentes de contacto recetados, tanto el Socio Elegible, su cónyuge o pareja e hijos biológicos del Socio Elegible. Los demás dependientes del Socio Elegible y las otras categorías de Socios no tendrán derecho a este beneficio.

Para tener derecho al beneficio ya sea el propio Socio, su cónyuge o pareja e hijos biológicos de éste, deberán presentar el recibo de pago original correspondiente. El reembolso será por una cantidad igual o menor al máximo establecido, basado en el costo de la montura, cristales o lentes de contacto recetados. No se aceptará como evidencia cotizaciones o estimados.

- El máximo a reembolsar anualmente será determinado por la Junta de Síndicos de tiempo en tiempo. Cualquier desembolso incurrido en exceso a lo establecido por la Junta de Síndicos será responsabilidad del propio Socio.
- El reembolso a que tiene derecho el Socio por la compra de espejuelos o lentes de contacto recetados para sí mismo, su cónyuge o pareja e hijos biológicos, no incluye el examen médico, el cual forma parte y figura en la cubierta regular de servicios médicos.
- El Socio podrá solicitar un nuevo reembolso transcurrido un año, contado éste a partir de la fecha del cheque en que se efectuó el reembolso inmediatamente anterior. En ninguna circunstancia se tramitarán dos reembolsos en un mismo período de doce meses, (a menos que sean pagos parciales para completar el tope máximo) independientemente que el Socio haya sometido tardíamente la solicitud de reembolso anterior.
- El Socio o Dependiente Elegible, presentará recibo de pago o factura original del médico o proveedor. Se procederá a determinar la elegibilidad del beneficiario y si es elegible, se autorizará el pago correspondiente.



## ARTÍCULO VIII

### PÓLIZA DE SEGURO GRUPAL

**EL PLAN** mantendrá a favor de la matrícula, según definida, pólizas de seguros grupales suscritas por compañías de seguros autorizadas por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, que gocen de excelentes calificaciones y de reconocida solvencia económica.

La información respecto a las Compañías de Seguros contratadas estará disponible para la inspección de los Socios en las oficinas de **EL PLAN**.

A opción de **EL PLAN**, los contratos de los seguros con compañías externas pueden ser renovados o cancelados anualmente a su terminación.

#### A. SEGURO DE VIDA

Los Socios que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por **EL PLAN** estarán cubiertos por una póliza grupal de seguro de vida.

Al fallecer un Socio asegurado, la póliza pagará a los beneficiarios designados aquella cantidad que les corresponda según la categoría de Socio aplicable.

1. Los beneficiarios designados por los Socios Elegibles que trabajen 210 horas o más durante el Año Fondo anterior a su fallecimiento, recibirán los topes máximos de la cubierta aprobada por la Junta de Síndicos, tanto en los casos en que el fallecimiento ocurra por muerte natural o como consecuencia de un accidente.

2. Los beneficiarios de Socios que trabajen durante el Año Fondo anterior entre 209.75 horas y el tope mínimo de horas establecido por la Junta de Síndicos, tendrán derecho a la cubierta mínima aprobada por la Junta de Síndicos, tanto en los casos en que el fallecimiento ocurra por muerte natural como por accidente.

3. El Socio podrá designar por escrito a uno (1) o más beneficiarios, quienes recibirán el beneficio del seguro con posterioridad a su fallecimiento. El Socio podrá efectuar cuantos cambios desee en la designación de beneficiarios. Se requiere que cada Socio complete y firme una Designación de Beneficiarios y que mantenga informado a **EL PLAN** sobre cualquier cambio que desee realizar respecto a la designación de sus beneficiarios. Esto resulta importante ya que, **al fallecer el Socio, el beneficio del seguro de vida lo recibirán únicamente los beneficiarios sobrevivientes que figuren inscritos y designados como beneficiarios en EL PLAN, conforme a la distribución que éste haya dispuesto en el formulario de Designación de Beneficiarios.**

## **B. PÉRDIDA DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE EXTREMIDADES, DE LA VISIÓN, DEL HABLA, DE AUDICIÓN O PÁRALISIS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE**

Sujeto a limitaciones o restricciones del mercado de seguros y a la condición económica de **EL PLAN**, la póliza de seguro grupal contendrá disposiciones sobre la compensación por muerte accidental, por desmembramiento o pérdida de la visión, del habla, de la audición o por la parálisis sufrida por un Socio como consecuencia de un accidente no relacionado con su trabajo ni por accidente automovilístico, sin la contribución de ninguna otra causa y si la pérdida ocurre dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de la lesión. Los Socios Elegibles, así como los que hayan acumulado en el Año Fondo entre 209.75 horas y el mínimo de horas aprobadas por la Junta de Síndicos para su calificación, tendrán derecho a recibir estos beneficios, según su categoría, por las condiciones que se detallan a continuación:

### **NATURALEZA DE LA PÉRDIDA POR MOTIVO DE ACCIDENTE**

Muerte Accidental  
Pérdida de ambas manos o ambos pies  
Pérdida de visión de ambos ojos  
Pérdida de una mano y un pie  
Pérdida de una mano y la visión de un ojo  
Pérdida de un pie y la visión de un ojo  
Pérdida de una mano  
Pérdida de un pie  
Pérdida de visión de un ojo  
Pérdida del dedo pulgar y el índice de la misma mano  
Pérdida de 4 dedos de la misma mano  
Pérdida del habla o audición en ambos oídos  
Cuadripléjico (parálisis de ambos brazos y ambas piernas)  
Parapléjico (parálisis de la mitad inferior del cuerpo)  
Hemipléjico (parálisis de todo un lado del cuerpo por lesiones en los centros motores)  
Unipléjico (parálisis de movimiento de un brazo o una pierna)

1. El beneficio económico por cada pérdida por accidentes varía conforme a la clasificación interna del Socio, a la naturaleza de la pérdida y conforme a las disposiciones contractuales entre **EL PLAN** y la aseguradora. El alcance de los beneficios o cubierta podría cambiar conforme a los acuerdos entre la aseguradora y **EL PLAN**, en cuyo caso se notificaría el cambio a los Socios.
2. Con respecto a la pérdida de las manos o los pies, “pérdida” significa desmembramiento o amputación por separación en o arriba de la muñeca o

coyuntura del tobillo. Con respecto a la visión, “pérdida” significa la pérdida total e irrecuperable de la visión.

3. No se pagará una suma mayor a la cantidad principal completa o máxima por todas las pérdidas sufridas por el asegurado como resultado de un accidente dado.
4. El Socio o el beneficiario no recibirá este beneficio en casos de autodestrucción o intento de auto destrucción o lesión infligida intencionalmente, independientemente de que la persona esté o no demente; ni por insurrección, o guerra declarada o no, o cualquier acto atribuible a éste. Tampoco por la participación en motines; ni por cometer asalto o delito o intento de perpetrar asalto, acto de felonía o cualquier otra ofensa criminal, ni por enfermedad orgánica o mental, o como resultado de tratamiento médico o quirúrgico o diagnosis; ni tomainas o infecciones bacteriales, (excepto por infecciones biogénicas que ocurran simultáneamente con y a consecuencia de una cortadura o herida accidental visible); ni por haber tomado veneno, ni por asfixia por inhalar gas, ya sea voluntaria o involuntariamente.
5. No tendrá derecho el Socio o el beneficiario, si el Socio asegurado realiza labores policíacas o actuando como guardia de seguridad. De igual forma, heridas corporales recibidas mientras opera un vehículo de motor, si al momento de recibir las heridas se comprueba que conducía bajo la influencia de alcohol y/o drogas. Inclusive, si el accidente ocurre cuando el asegurado es el piloto u otro miembro de una tripulación de una aeronave, o es un vuelo instruccional o de adiestramiento.

### **C. SEGURO DE INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL (DIETAS)**

El propósito de este beneficio es proveer ayuda económica al Socio que por razones de enfermedad o accidente no relacionado con su trabajo, ni por accidentes automovilísticos, se encuentre incapacitado para trabajar.

Tienen derecho a recibir el beneficio de dietas por enfermedad aquellos Socios que durante el Año Fondo anterior hayan acumulado 210 horas o más de trabajo. La Junta de Síndicos podrá mantener acuerdos con compañías de seguros a los efectos de establecer el máximo de la cantidad a pagar y el término máximo de tiempo durante el cual el Socio disfrutará de dicho beneficio.

Los requisitos para recibir este beneficio de seguro de incapacidad no ocupacional son los siguientes:

- 1) Que el Socio haya estado enfermo e incapacitado para trabajar, debido a una enfermedad o accidente no relacionado con el trabajo, ni por accidente automovilístico.
- 2) Que no haya trabajado durante el período de su incapacidad. No resulta suficiente el hecho haber estado enfermo para tener derecho a las dietas; tiene que haber estado incapacitado para trabajar y no haber trabajado durante su enfermedad. Así lo certificará mediante el formulario correspondiente la Compañía Naviera para la cual labora el Socio.
- 3) El cálculo y conteo de las semanas para tener derecho al beneficio comienza a partir del octavo día luego de comenzada la incapacidad. En los casos de accidentes, el cálculo y conteo de las semanas comienza a partir del primer día de incapacidad. Se requiere que los Socios presenten un certificado médico evidenciando su enfermedad e incapacidad. Los certificados que cubran dos o más semanas de incapacidad podrán estar sujetos a verificación por parte de los médicos de la compañía de seguros y/o de **EL PLAN**. El Socio se expone a perder el beneficio de la dieta por enfermedad por no haber presentado su reclamación dentro del período que disponga la póliza de seguro vigente.
- 4) **Las enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo no están cubiertos por el seguro de incapacidad no ocupacional. Tampoco aplica a casos de accidentes automovilísticos.** Estos beneficios por accidentes en el empleo y/o por accidentes automovilísticos son otorgados a través de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) y de la Administración de Compensaciones por Accidentes Automovilísticos (ACAA), según corresponda.
- 5) No son elegibles al beneficio pacientes con condiciones mentales, por embarazo, aborto, participación en actos bélicos, conflictos armados, participación en actos delictivos y otros de igual naturaleza.

#### **D. CUBIERTA FUNERAL POR MUERTE DEL CÓNYUGE O PAREJA**

1. Este beneficio tiene como objetivo proveer ayuda económica al Socio para afrontar los gastos de funerales y entierro en la eventualidad de la muerte de su cónyuge o pareja.
2. Los Socios con derecho a este beneficio son los siguientes:

- a. Socios que hayan acumulado 210 horas o más de trabajo durante el Año Fondo previo.
  - b. Socios que hayan acumulado durante el Año Fondo previo entre 209.75 horas y el mínimo de horas que establezca la Junta de Síndicos para calificar para el beneficio.
3. El importe del beneficio corresponderá a aquella suma contratada por **EL PLAN** con la compañía aseguradora para cada categoría.
4. Los cónyuges o parejas cubiertos(as) serán aquellos(as) que figuran registrados(as) como tales en las oficinas de **EL PLAN**, con antelación a la fecha de su muerte. En los casos en que se inscriba un nuevo cónyuge o pareja durante el transcurso del Año de Elegibilidad, la cubierta de ese caso cobra vigencia a partir de la fecha en que **EL PLAN** certifique a la compañía aseguradora la inclusión de la pareja.
5. Al realizar la reclamación de este beneficio el/la Socio(a) Calificado(a) deberá presentar el certificado de defunción de su cónyuge o pareja, en adición a cualesquiera otros documentos que le sean requeridos por **EL PLAN** y/o por la compañía de seguros.
6. Se reconocerá como cónyuge o pareja asegurado(a), únicamente a aquél/aquella que haya sido registrado(a) como tal por el/la propio(a) Socio(a) en las oficinas de **EL PLAN**. Se limita a un(a) sólo(a) cónyuge o pareja por Socio. **Resulta indispensable su registro en EL PLAN para que éste pueda incluir su nombre en los listados de cónyuges o parejas que califican y que se remite a la aseguradora. El no cumplir con este requisito será causa para que no disfrute de dicho beneficio.**
7. De fallecer el Socio primero que su cónyuge o pareja, la cubierta de la pareja continuará vigente hasta el 31 de diciembre del Año de Elegibilidad en el que falleció el Socio, o al 31 de diciembre del próximo año de elegibilidad si el Socio acumuló las horas establecidas para tener derecho al mismo. En esta situación o caso, el beneficio se pagará a la persona que presente evidencia de que incurrió en los gastos del funeral del cónyuge o pareja del Socio fallecido.
8. Cualquier Socio que solicite que se elimine de este seguro a su cónyuge o pareja previamente inscrito(a), deberá así notificarlo y ésta quedará desactivada de esta póliza de seguro al momento de recibir dicha solicitud.

9. El término cónyuge o pareja aquí utilizado incluye también aquéllas(os) inscritas(os) por parte de los(as) empleados(as) administrativos(as) de **LA UNIÓN** y de **EI PLAN**.

## **E. CUBIERTA FUNERAL POR MUERTE DE HIJOS DEPENDIENTES**

Se extendió una cubierta de funeral por el fallecimiento de los hijos dependientes de Socios, según se definen más adelante, efectivo el 1 de enero de 2016 y en años subsiguientes. Todos aquellos Socios que acumulen a partir del Año Fondo 2015-16 y en años subsiguientes 105 horas o más trabajadas, se les extenderá una cubierta para cubrir los gastos de funeral ante el fallecimiento de los hijos dependientes del Socio. El monto del beneficio podrá fluctuar o ser modificado por decisión de la Junta de Síndicos en cualquier momento.

Para efectos de esta cubierta se entenderá como “**hijos dependientes**” aquellos que cumplan con los siguientes requisitos:

- 1- Que aparezcan registrados como hijos dependientes en los archivos que mantendrá **EL PLAN** para propósitos exclusivos de la cubierta de funeral o que figuren en la cubierta de servicios médicos del Socio principal.
- 2- Que sea menor de 26 años, independientemente de su lugar de residencia, su estado civil, de su grado de dependencia económica con el Socio, de si está cursando estudios, o cualquier combinación de los factores antes mencionados.
- 3- Que el hijo de un Socio, cuando aplique, esté física o mentalmente incapacitado independientemente de su edad y aparezca registrado como tal en los archivos de **EL PLAN** o figure como dependiente elegible para la cubierta de salud que ofrece **EL PLAN**.
- 4- Que sean hijos adoptados legalmente por el Socio o colocado para adopción e hijastros, únicamente si el Socio o su pareja tiene la custodia legal total otorgada por un tribunal competente.
- 5- Que el Socio o su cónyuge o pareja sea designado como tutor legal del hijastro por las autoridades competentes.

Para tener derecho al beneficio es necesario que aquellos Socios que durante cada Año Fondo acumulen entre 105 y 209.75 horas trabajadas, que visiten la Oficina de Servicios Auxiliares del Plan, para que completen un formulario para incluir aquellos hijos dependientes que califican conforme los criterios antes indicados. **De no figurar éstos registrados en EL PLAN no podrán ser incluidos en los listados que se someten a la compañía aseguradora que mantiene la póliza y por lo tanto, perderán el derecho al beneficio.**

## ARTÍCULO IX

### PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

El Programa de Trabajo Social de **EL PLAN** tiene como finalidad satisfacer las necesidades de bienestar del Socio y mantener su productividad. Los servicios van dirigidos a la solución de problemas que afectan el funcionamiento social y la calidad de vida de los Socios y de sus familiares inmediatos. Los Trabajadores Sociales realizan evaluaciones para determinar la prestación de los servicios que correspondan.

#### A. SERVICIOS QUE SE OFRECEN:

##### 1. Orientación a los Socios o sus beneficiarios sobre:

- Servicios que ofrece **EL PLAN**
- Recursos de la comunidad (agencias públicas o privadas que ayudan a proveer servicios, cuando **EL PLAN** no los cubre)
- Otros

##### 2. Consejería de corta duración:

Se provee atención individual, familiar y grupal sobre lo siguiente:

- Situaciones familiares (problemas matrimoniales, con los hijos y otros)
- Salud mental, alcohol y/o drogas
- Intervención en crisis (situaciones personales, de salud, de familia, pérdidas, comportamiento suicida y otros)
- Relaciones humanas y laborales

Se realizan también:

- Visitas al hogar
- Visitas a agencias que puedan ayudar en el manejo de las situaciones referidas
- Visitas a la comunidad

##### 3. Servicios a grupos:

- Grupo de Mayor Edad conocido por Comité Timón UTM-PRSSA. En adición a los servicios mencionados en el Inciso A (1 y 2), el Programa de Trabajo Social coordina actividades educativas, sociales y culturales en beneficio de los ex Socios de mayor edad.

- Se proveen servicios preventivos por medio de charlas y talleres educativos, sobre utilización de los servicios médicos, condiciones de salud, seguros médicos y otros. Se realizan estudios sobre necesidades, intereses y problemas que afectan a los Socios y sus familias.

4. Servicios a la comunidad:

- Se podrán coordinar actividades con otras agencias de la comunidad que redunden en beneficio de los Socios.

## **B. MECANISMOS PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA**

El Socio o beneficiario interesado debe visitar las oficinas en el Dispensario de San Juan y solicitar que se le refiera al Programa o puede solicitar los servicios vía teléfono o personalmente.

## **ARTÍCULO X**

### **SERVICIOS PSICOLÓGICOS**

**EL PLAN** mantiene en las facilidades del Dispensario de San Juan una Unidad de Servicios Psicológicos.

A. La Unidad de Servicios Psicológicos ofrece servicios de:

1. Psicoterapia
2. Psicoterapia a través del juego (niños)
3. Evaluación psicológica de niños, adolescentes y adultos
4. Charlas y actividades psico-educativas
5. Consultoría psicológica sobre el manejo de casos
6. Manejo de crisis
7. Entrevistas de cernimiento para evaluar referidos a servicios relacionados con psiquiatría, terapia del habla y el lenguaje, terapia ocupacional y neurología pediátrica

B. Los Servicios Psicológicos pueden ser solicitados mediante:

a. Referido:

El Socio y/o familiar podrá ser referido a la Unidad de Servicios Psicológicos por su médico primary, por el trabajador social o por otros profesionales de la salud.

b. Solicitud directa:

La persona interesada en recibir servicios psicológicos puede comunicarse por teléfono o visitar el Dispensario y completar la hoja de Solicitud para Servicios Psicológicos. Para los Socios o beneficiarios(as) que requieran servicios rutinarios de salud mental, alcoholismo o por sustancias controladas, excepto en casos de emergencia, estarán disponibles los centros de servicios y/o la Unidad de Servicios Psicológicos de **EL PLAN**, quienes evaluarán su condición y recomendarán psicoterapias u otros servicios que requiera, incluyendo su admisión en una facilidad psiquiátrica.

## ARTÍCULO XI

### DECLARACIONES DE DERECHOS BAJO LEY FEDERAL ERISA

#### A. MANTENIMIENTO DEL PLAN Y MECANISMOS PARA OBTENER INFORMACIÓN

El Plan de Bienestar fue creado y se administra conforme a las disposiciones de la Ley ERISA, los Convenios Colectivos que lo crean y el Contrato de Fideicomiso que establece la estructura y reglamentación de **EL PLAN**. Los recursos económicos de **EL PLAN** provienen como resultado de los Convenios Colectivos negociados entre **LA UNIÓN** y la Asociación de Navieros de Puerto Rico (“PRSSA”) y otros navieros independientes. Copia del Contrato de Fideicomiso que crea **EL PLAN**, estará disponible en las Oficinas de **EL PLAN**. Cualquier parte interesada en examinar el documento debe radicar la solicitud correspondiente ante la Oficina Ejecutiva de **EL PLAN**.

#### B. EXENCIÓN CONTRIBUTIVA E INFORMES ANUALES

**EL PLAN** disfruta de una exención contributiva expedida por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Inclusive, **EL PLAN** figura registrado en el Departamento de Estado bajo el número 31429 como una entidad sin fines de lucro. **EL PLAN** somete anualmente las planillas como Organización sin Fines de Lucro según requeridas por el “Internal Revenue Service” (“IRS”) y por el Departamento de Hacienda.

Conforme a las disposiciones de la Ley ERISA, **EL PLAN** radica anualmente en el Departamento del Trabajo Federal, la forma 5500 (“Annual Return Report of Employee Benefits Plan”) la cual incluye la información financiera de **EL PLAN**.

#### C. EMPRESAS NAVIERAS Y UNIONES OBRERAS QUE APORTEN A EL PLAN

**EL PLAN** mantiene un listado conteniendo los nombres y las direcciones de los patronos navieros y las uniones del frente portuario que aportan a **EL PLAN**. Esta información estará disponible para los Socios de **EL PLAN**

mediante solicitud escrita al Director Ejecutivo o a la Junta de Síndicos. La información podrá ser examinada por los participantes bajo los términos y condiciones establecidas en la Ley ERISA y en la reglamentación vigente de **EL PLAN**.

#### **D. ENMIENDAS**

La Junta de Síndicos tiene la facultad para añadir, modificar o eliminar servicios y beneficios que estimen razonables, convenientes y necesarios, en armonía con el Contrato de Fideicomiso, los Convenios Colectivos y la condición financiera de **EL PLAN**. La Junta de Síndicos está facultada para formular y promulgar aquellas reglas o reglamentos que consideren necesarios para facilitar el funcionamiento adecuado de **EL PLAN**, siempre y cuando que los mismos sean consistentes con la Ley, con los términos del Contrato de Fideicomiso y los Convenios Colectivos aplicables.

Las disposiciones del Contrato de Fideicomiso podrán ser enmendadas por las partes correspondientes en cualquier momento, disponiéndose, sin embargo que ninguna enmienda podrá alterar los propósitos de **EL PLAN** y disponer de los Fondos para cualquier otro uso que no sea de beneficio de los Socios Elegibles a recibir dichos beneficios o sus Beneficiarios Elegibles.

#### **E. DECLARACIÓN DE DERECHOS BAJO ERISA**

La Ley ERISA se aprobó con el propósito de que los programas de beneficios grupales patrocinados por un patrono se rijan conforme a lo establecido por el Congreso de los Estados Unidos. Un empleado que es participante de algún plan está calificado para que se le garanticen ciertos derechos y protecciones bajo la Ley ERISA. La Ley ERISA dispone que los participantes tienen el derecho, entre otros, a:

1. Examinar sin costo alguno en las Oficinas Administrativas, o en otros lugares apropiados, todos los documentos de **EL PLAN**, incluyendo contratos de seguro grupal y copias de documentos radicados en el Departamento del Trabajo y Rentas Internas Federal, tales como informes anuales y las descripciones completas y detalladas de **EL PLAN**.
2. Obtener copia de otros documentos de **EL PLAN** y cualquier otra información mediante solicitud por escrito al Administrador. El Administrador puede cobrar una cantidad razonable por las copias.
3. Recibir resúmenes de los informes financieros anuales. La Ley ERISA requiere que el Administrador de **EL PLAN** le suministre a cada Socio participante una copia del Informe Anual Resumido.

4. Además de otorgarle derechos a los participantes de **EL PLAN**, la Ley ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación de **EL PLAN**. Las personas que operan **EL PLAN**, identificadas como “Fiduciarios”, tienen el deber de hacerlo con prudencia en el mejor interés de los Socios y de los Beneficiarios Elegibles.
5. Nadie, incluyendo su patrono, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedir a un Socio o de otra manera discriminar en su contra en algún modo, con el fin de evitar que obtenga un beneficio bajo **EL PLAN**, o que ejerce sus derechos bajo la Ley ERISA.
6. La Ley ERISA especifica las gestiones que el Socio puede realizar para hacer valer sus derechos. Si el Socio solicita información y no la recibe dentro de los siguientes treinta (30) días, éste puede radicar una demanda en un tribunal federal reclamando sus derechos. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador le suministre los datos y que le pague hasta ciento diez dólares (\$110.00) por día hasta que el Socio reciba la información, a menos que los mismos no le hayan sido enviados por razones fuera del control del Administrador.
7. Si el Socio tiene una reclamación por beneficios que le haya sido denegada o ignorada, totalmente o en parte sin razón o explicación alguna, el Socio puede radicar una demanda en un Tribunal Federal o local.
8. Si ocurriere que los Fiduciarios de **EL PLAN** hiciesen mal uso de los fondos de **EL PLAN**, o si el Socio hubiere sido discriminado por exigir sus derechos, éste puede obtener ayuda del Departamento del Trabajo Federal, o puede radicar una demanda en un Tribunal Federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos judiciales y los honorarios legales. Si el Socio prevalece en su reclamación, el tribunal pudiera ordenar el pago de gastos y honorarios de abogado. Por el contrario, si el Socio no prevalece o se determina que su reclamación es frívola, el Tribunal pudiera ordenarle al Socio a pagar los gastos y honorarios de abogados incurridos por **EL PLAN**.
9. Si el Socio tiene alguna pregunta respecto a **EL PLAN**, puede contactar al Administrador del Plan de Bienestar, ya sea por

escrito o mediante comunicación telefónica. Puede dirigir su correspondencia a la siguiente dirección:

Plan de Bienestar UTM-PRSSA  
P.O. Box 6605  
San Juan, P.R. 00914-6605  
o al Teléfono 787.268.0404

Si tiene preguntas en cuanto a esta Declaración de Derechos o en relación con sus derechos bajo la Ley ERISA, el Socio debe comunicarse con el Administrador de **EL PLAN** o con la oficina local más cercana en Miami, Florida, del Departamento del Trabajo Federal en la división de “Employee Benefits Security Administration” (“EBSA”).

10. Las preguntas o solicitudes de información al Departamento del Trabajo Federal deberán dirigirse a la siguiente dirección:

U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration (EBSA)  
Division of Technical Assistance and Inquiries  
Frances Perkins Building  
200 Constitution Ave. NW, Suite N-5623  
Washington, D.C. 20210

## ARTÍCULO XII

### LEY FEDERAL “HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996” CONOCIDA COMO LEY “HIPAA”

#### A. REGLAS DE CONFIDENCIALIDAD

Las reglas de confidencialidad de la Ley HIPAA, requieren que los planes de bienestar sujetos a dicha Ley, provean a los individuos un “Aviso de Prácticas Relativas a la Confidencialidad de la Información”. Este aviso describe cómo podría usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo el Socio puede tener acceso a esa información.

**EL PLAN** tiene la responsabilidad por ley de tomar medidas razonables para asegurar la confidencialidad de su información de salud que pueda identificarse como relativa a su persona e informarle a usted respecto:

1. El uso y divulgación que haga **EL PLAN** de su información de salud protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés)
2. Sus derechos de confidencialidad con respecto a su PHI
3. Las obligaciones de **EL PLAN** con respecto a su PHI
4. Su derecho a presentar una querrela ante **EL PLAN** y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
5. La persona u oficina con la que deberá comunicarse con el fin de obtener más información sobre las prácticas de confidencialidad de **EL PLAN**.

El término “Información de Salud Protegida” (“PHI” por sus siglas en inglés) incluye toda la información de salud que pueda identificar a un individuo y que **EL PLAN** transmita o mantenga, no importa su forma (oral, escrita o electrónica). **EL PLAN** recopila la información de salud mínima y necesaria de los Socios y beneficiarios, para actividades relacionadas a su tratamiento médico, pago de servicio médico y operaciones de cuidado de salud, entre las cuales se mencionan las siguientes:

- a. Información de proveedores de salud, por ejemplo, reclamaciones por servicios prestados
- b. Informes médicos
- c. Otros informes para propósito de pago
- d. Auditar la calidad de los servicios que le prestan al Socio en las oficinas de los médicos, Salas de Emergencias, Hospitales y otros proveedores
- e. Coordinación de sus beneficios
- f. Funciones administrativas

El Socio que entienda que se han violado sus derechos a la confidencialidad puede presentar una querrela escrita ante **EL PLAN** dirigida al Oficial de Privacidad, P.O. Box 6605, San Juan, P.R. 00914-6605, o mediante llamada telefónica al (787) 268-0404, ext. 242. El Socio también podría presentar una querrela ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección: Hubert H. Humphrey Building 200, Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201.

Se hace constar que **EL PLAN** no podrá tomar represalias contra el Socio por presentar una querrela.

## B. DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PORTABILIDAD

### 1- Certificado de Cobertura Acreditable

- a. **EL PLAN** entregará a toda persona que por alguna razón deje de disfrutar de los servicios de salud que ofrece, un certificado de cobertura acreditable mediante el cual se certificará el alcance de la cubierta que disfrutaba hasta ese momento. Este certificado se emitirá tan pronto se tenga conocimiento de que un participante perdió su cubierta médica e independientemente que la persona lo solicite o no. **EL PLAN** también proveerá dicho certificado a solicitud de una persona no más tarde de veinticuatro (24) meses luego de la pérdida de cubierta. La persona que reciba dicho certificado podrá presentar el mismo ante cualquier proveedor de servicios de salud al cual interese suscribirse en lo sucesivo, incluyendo a aquellos que tienen el derecho a elegir la continuación de servicios bajo la Ley COBRA, garantizándole de esta forma continuidad en el cuidado de condiciones preexistentes.
- b. El certificado de cobertura acreditable contendrá, en adición a la información básica de identificación de la persona, las fechas en que la cubierta de salud comenzó y finalizó, e información sobre el lugar de contacto para clarificar dudas futuras. Inclusive, el certificado incluirá información sobre sus derechos bajo la Ley HIPAA. **EL PLAN** podrá emitir certificados individuales de cobertura acreditable tanto para el exparticipante como para sus Beneficiarios Elegibles. Sin embargo, si ambos tenían la misma cubierta, se podrá emitir un solo certificado.

### 2. Exclusiones por condiciones preexistentes

- a. La Ley ERISA contiene disposiciones que define “exclusiones por condiciones preexistentes”, como una limitación o exclusión de un beneficio relacionado con una condición basada en el hecho que esa condición estaba presente antes de la fecha de efectividad de la cubierta. Esto independientemente que la condición haya sido o no diagnosticada, haya recibido o se le haya recomendado tratamiento médico previo a dicha fecha. Las disposiciones del “Public Health Service Act” (“PHS”) fueron incorporadas a la Ley ERISA en el sentido de que los grupos que proveen servicios de salud no pueden imponer restricciones por condiciones preexistentes.
- b. Algunos planes de salud limitan la cobertura por condiciones médicas presentes antes de la inscripción de un individuo. Estas restricciones se conocen como "exclusiones por

condiciones preexistentes". Una exclusión por condición preexistente puede aplicar solamente a condiciones para las cuales se han recomendado o recibido consejos médicos, diagnósticos, cuidados o tratamientos médicos dentro del período de 6 meses anteriores a su "fecha de inscripción". La fecha de inscripción es su primer día de cobertura bajo el plan, o si hay un período de espera, el primer día de su período de espera (comúnmente su primer día de trabajo). Además, una exclusión por condición preexistente no puede aplicar a un afiliado especial por más de 12 meses después de su fecha de inscripción (18 meses si usted se inscribe tarde). Finalmente, una exclusión por condición preexistente no puede aplicar a embarazos ni a niños que sean incluidos en la cobertura de salud dentro de los 30 días de su nacimiento, de su adopción, o ser colocado para adopción.

- c. Si un plan impone una exclusión por condición preexistente, la duración de la exclusión tiene que ser reducida por la cantidad de su previa cobertura acreditable. La mayoría de las coberturas de salud son coberturas acreditables, incluidas bajo la cobertura de un plan de salud grupal, cobertura de continuación por la Ley COBRA, cobertura bajo una póliza individual de salud, Medicare, Medicaid, bajo un Programa de Seguro de Salud Infantil Estatal ("SCHIP" por sus siglas en inglés), cobertura a través de grupos de alto riesgo y los Cuerpos de Paz. No se requiere que todas las formas de cobertura acreditable proporcionen certificados como éste. Aunque **EL PLAN** ha sido proactivo en términos de la emisión de certificados de cobertura, si usted no recibe el certificado de cobertura por parte de **EL PLAN**, solicítelo inmediatamente antes que deje de recibir servicios de salud a través de la Institución.
- d. El Socio afectado puede acumular cualquier cobertura acreditable que tenga, incluyendo la cobertura incluida en el certificado. Sin embargo, si en cualquier momento el Socio afectado pasa de 63 o más días sin ninguna cobertura, (lo que se denomina como una interrupción en la cobertura), es posible que algún plan no tenga que contar la cobertura que el Socio tenía antes del lapso. Por lo tanto, una vez que su cobertura termina, usted como Socio debe tratar de obtener nueva cobertura lo antes posible para evitar que transcurra el lapso de 63 días. El Socio afectado puede usar el certificado como prueba de su cobertura acreditable para reducir la duración de

cualquier exclusión por condición preexistente si se suscribe en otro plan de salud.

### 3. Derecho a obtener inscripción especial

- a. La Ley HIPAA permite la “inscripción especial” de una persona para suscribirse a un plan de salud, aunque anteriormente le hayan denegado dicha cubierta. Los derechos de inscripción especial estarán disponibles en todo momento sin importar el período de inscripción abierta del plan que usted interesa.
- b. Existen dos tipos de inscripción especial: cuando la persona pierde la elegibilidad para otra cobertura y por determinados eventos de vida. En primer término, si la persona cesa su elegibilidad en el plan de salud de **EL PLAN** puede ser incluida en el plan de salud de su cónyuge, aun cuando ese plan regularmente no acepte inscripciones tardías. **EL PLAN** permitirá la inscripción especial de un Socio y/o Dependiente Elegible cuando al momento de haberle ofrecido la cubierta de salud, éstos la rechazaron expresando que estaban cubiertos bajo otro plan de salud. La inscripción especial tiene que ser solicitada dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de la cubierta anterior y aplica sólo en los casos en que la cubierta anterior termina por razón de que se agotaron los beneficios de la Ley COBRA o debido a que la cubierta anterior se terminó por razón de pérdida de elegibilidad.
- c. En la segunda situación los derechos a inscripciones especiales surgen con motivo de eventos tales como matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. La inscripción especial es viable siempre y cuando la persona la solicite dentro de los treinta (30) días siguientes de ocurrir el evento de vida que genera el derecho a la inscripción especial. Por lo tanto, una vez que su cobertura termine, si usted es elegible para cobertura en otro plan, debe solicitar la inscripción especial lo antes posible.
- d. Surge también el derecho a una inscripción especial para personas y sus dependientes elegibles que pierdan la cobertura bajo el Programa de Seguro Médico para Niños (“CHIP” por sus siglas en inglés) o Medicaid o aquellos que reúnan los requisitos para recibir asistencia en las primas bajo esos programas. La persona debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de la cubierta o la determinación de la elegibilidad para la asistencia de primas.

- e. Aquellas personas que se amparan en el mecanismo de inscripción especial como resultado de un nacimiento, adopción o colocación para adopción, su cobertura toma vigencia el mismo día del evento calificador. Aquellas inscripciones especiales con motivo de matrimonios o pérdida de elegibilidad para otra cobertura, será efectiva el primer día del mes siguiente al momento en que **EL PLAN** recibe la solicitud de inscripción.

#### **4. Prohibición de discriminación basada en un factor de salud**

a. Conforme a la Ley HIPAA un plan de salud grupal no puede dejar a un participante (ni a sus dependientes elegibles) fuera del plan basado en ninguna circunstancia relacionada con su salud. Un plan de salud grupal tampoco puede cobrarle al participante ni a sus dependientes una cantidad mayor por la cubierta que aquella que cobraría a otro suscriptor, basándose en la condición de salud del solicitante.

#### **5. Derecho a cobertura individual de salud**

a. En términos de la Ley HIPAA si el solicitante es un "individuo elegible", éste tiene el derecho de adquirir ciertas pólizas de salud individuales sin exclusiones por condiciones preexistentes. Para ser un individuo elegible usted tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- i.* Haber tenido cobertura por lo menos por los 18 meses previos sin un lapso de interrupción de 63 o más días desde la terminación de la cobertura anterior.
- ii.* Su cobertura más reciente tiene que haber sido bajo un plan de salud grupal, lo cual puede demostrar con el certificado de cubierta que se le entregará.
- iii.* Su cobertura grupal no se terminó debido a fraude o falta de pago de primas.
- iv.* Usted no es elegible para cobertura continuada por Ley COBRA o usted ha agotado los beneficios que le otorga esta Ley COBRA.
- v.* Usted no es elegible para otro plan de salud grupal, Medicare o Medicaid y no tiene otra cobertura de seguro de salud.

b. El derecho de comprar cobertura individual es el mismo independientemente que el Socio haya sido suspendido del empleo, despedido o haya renunciado a su trabajo. Por lo tanto, si el solicitante se interesa en obtener cubierta individual y cumple con el criterio para ser un individuo elegible, puede

aplicar para esa cobertura lo antes posible para evitar perder su condición de individuo elegible por haber transcurrido el término de 63 días del evento calificador anterior.

De requerir más información sobre sus derechos bajo esta ley, puede comunicarse a la siguiente dirección:

U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security  
Administration (EBSA)  
Division of Technical Assistance and Inquiries  
Frances Perkins Building  
200 Constitution Ave., N.W.  
Washington, D.C. 20210

### **C. PÉRDIDA DE ELEGIBILIDAD**

La pérdida de elegibilidad al amparo de la Ley HIPAA puede ocurrir en las siguientes circunstancias:

- i.* Un divorcio o separación legal hace que la persona pierda la cubierta en el seguro de salud de su cónyuge.
- ii.* Un dependiente que alcance la edad de 26 años deja de estar cubierto por el seguro de salud de su padre.
- iii.* El fallecimiento de su cónyuge si la persona figuraba en su plan.
- iv.* Su cónyuge pierde el empleo y finaliza la cobertura bajo el plan de salud de su patrono.
- v.* La persona es objeto de una reducción en su jornada de trabajo y pierde la cubierta del plan médico.
- vi.* El patrono deja de ofrecer el beneficio del plan de salud.
- vii.* La persona excedió el límite máximo de la cubierta de salud establecida.

## ARTÍCULO XIII

### LEY FEDERAL COBRA (CONSOLIDATED OMNIBUS RECONCILIATION ACT)

La Ley Federal "Consolidated Omnibus Reconciliation Act" conocida como Ley COBRA por sus siglas en inglés, entró en vigor en el año 1986. Dicha Ley permite que los Socios y sus beneficiarios cubiertos bajo los servicios médicos de **EL PLAN**, tengan derecho a continuar recibiendo temporariamente su cubierta de salud mediante el pago a **EL PLAN** de una prima mensual por un término adicional. La cantidad de dinero que pagaría el solicitante mensualmente puede variar de año en año. La información sobre la cantidad o prima a pagar se obtendrá en las oficinas de **EL PLAN**.

Una de las protecciones contenidas en la Ley ERISA es el derecho del trabajador al amparo de la Ley COBRA a continuar con su cobertura de servicios de salud de manera temporera en eventos tales como la separación de su empleo, por incapacidad, su fallecimiento o un divorcio. La Ley COBRA aplica exclusivamente a la cubierta de servicios de salud, excluyendo los seguros de vida y beneficios por incapacidad.

#### **A. CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA**

La Ley COBRA exige que los planes de salud grupales como el que ofrece **EL PLAN** a su matrícula, brinden a sus Socios y Dependientes Elegibles la opción de continuar por un período de tiempo limitado su cubierta médica bajo **EL PLAN** cuando de otra manera perderían su cobertura de salud debido a ciertos eventos específicos. Entre estos eventos se incluyen, pero sin limitarse a, el fallecimiento del empleado cubierto, la terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo del empleado cubierto o por otras razones, que no sean por mala conducta, tales como la elegibilidad del Socio para suscribirse al MEDICARE, el divorcio o separación legal del empleado cubierto y la pérdida de la clasificación y cobertura de un hijo como dependiente. La Ley COBRA establece las reglas sobre cómo y cuándo deberá ofrecerse y proporcionarse la continuación de la cubierta médica, cómo pueden los empleados y sus dependientes en su carácter individual continuar con la cobertura, y en qué circunstancias se puede cancelar la continuación de la cubierta médica. Conforme a la Ley COBRA, **EL PLAN** deberá proporcionarle al participante elegible y/o sus dependientes notificaciones específicas con la explicación de sus derechos al amparo de dicha Ley y de cómo beneficiarse de la cobertura médica continuada disponible.

#### **B. BENEFICIOS BAJO LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA**

La continuación de la cubierta de salud a ofrecerse a los solicitantes calificados será la misma cubierta actualmente disponible bajo **EL PLAN** para los Socios Elegibles en servicio activo. Generalmente es la misma cobertura que disfrutaba

el solicitante inmediatamente antes del evento calificativo, si aún **EL PLAN** mantiene la misma. Un beneficiario calificado tendrá derecho a escoger otras opciones de cubierta si **EL PLAN** ofrece las mismas a sus participantes elegibles. El beneficiario calificado también estará sujeto a las mismas reglas y límites que serían aplicables a un participante o beneficiario en igual situación, tales como requerimientos de copago, deducibles y límites de cubierta. De igual forma aplicarán las reglas de **EL PLAN** para presentar reclamaciones o solicitar beneficios o para apelar cualquier denegación de un reclamo. Cada beneficiario calificado debe pagar el costo total de la cubierta continuada. La cantidad total que deba pagar un beneficiario calificado no puede exceder el 102% o, en caso de una extensión de la cubierta continuada por incapacidad, el 150% del costo y/o primas del plan de salud grupal (incluidas las aportaciones del patrono y del empleado) para la cubierta de un participante o beneficiario de un plan de situación similar que no reciba cubierta continuada.

### **C. PERIODO DE INSCRIPCIÓN**

Conforme a las disposiciones de la Ley HIPAA, de acuerdo a ciertos acontecimientos, **EL PLAN** proporcionará un período de inscripción especial durante el cual los individuos que previamente rehúsen la cobertura para sí mismos y sus dependientes, que de otra manera fueran elegibles, puedan inscribirse sin tener que esperar hasta el siguiente año de elegibilidad. Un evento que permite la inscripción especial surge con motivo de la pérdida de la elegibilidad de un empleado o dependiente de la cobertura de salud que disfrutaba previamente. El empleado o dependiente podrá solicitar su inscripción en **EL PLAN** dentro de los 30 días contados éstos a partir de la pérdida de cobertura.

Durante el período de inscripción especial el participante y los beneficiarios calificados pueden suscribirse a otras opciones más asequibles a través del mercado privado de seguros médicos, Medicare u otras opciones de cobertura de un plan de salud grupal cuyo costo resulte menor. Si el participante o los beneficiarios calificados se suscriben a la cobertura que ofrece el mercado privado de seguros médicos, (como por ejemplo el plan de su cónyuge), podrá transferirse posteriormente a la cobertura de continuación por Ley COBRA que tenía a su disponibilidad en **EL PLAN**, si efectúa la solicitud dentro de los treinta (30) días a partir del evento que dio margen a su separación de la cobertura anterior. De seleccionar la cobertura de salud continuada dispuesto por la Ley COBRA y que ofrece **EL PLAN**, la fecha de efectividad será inmediata.

### **D. BENEFICIARIOS CALIFICADOS**

Un beneficiario calificado es aquel empleado que tuvo cubierta en **EL PLAN** hasta el día anterior de ocurrir un evento calificativo, motivado por factores relacionados con su cónyuge o pareja actual o previa o el hijo dependiente del empleado. En ciertos casos que involucren la insolvencia del patrono, el empleado, su cónyuge y los hijos dependientes, podrán ser beneficiarios calificados, inclusive en su carácter individual. Además, los niños adoptados legalmente que el empleado



mantuvo como dependiente mientras tuvo cubierta, se consideran como beneficiarios calificados.

## **E. CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES Y EVENTOS CALIFICATIVOS PARA TENER DERECHO AL BENEFICIO**

- 1. Cuando el Reclamante Sea el Socio Participante:**
  - a. Cuando el participante, voluntaria o involuntariamente queda cesante por cualquier razón, excepto por motivo de conducta impropia.
  - b. Cuando ocurre una disminución en sus horas de trabajo que traen como resultado la pérdida de sus derechos a los servicios médicos de **EL PLAN** en el año de elegibilidad subsiguiente.
  
- 2. En el Caso del Cónyuge o Pareja:**
  - a. Cuando fallece el cónyuge o pareja del Socio participante.
  - b. Cuando el participante voluntaria o involuntariamente queda desempleado por cualquier razón, excepto por motivo de conducta impropia.
  - c. Por la disminución en horas de trabajo del participante.
  - d. Cuando el cónyuge o pareja se divorcia o se separa legalmente del participante.
  - e. Cuando el participante es elegible para recibir los beneficios de MEDICARE.
  
- 3. Cuando el Reclamante Sea Hijo Dependiente del Participante:**
  - a. Por la muerte del padre o la madre participante.
  - b. Cuando el padre o madre participante queda voluntaria o involuntariamente desempleado(a) por cualquier razón, excepto por motivo de conducta impropia.
  - c. Cuando el padre o madre participante sea elegible para recibir los beneficios de MEDICARE.
  - d. Cuando el hijo dependiente cesa de ser un dependiente por disposiciones de Ley o bajo las reglas de **EL PLAN**.
  - e. Por la disminución en horas de trabajo del participante.

**EL PLAN** brindará al participante y a sus beneficiarios calificados el derecho individual de seleccionar la continuación de su cubierta de salud. Esto significa que cuando varias personas sean consideradas como beneficiarios calificados con motivo del mismo evento calificador, cada individuo puede hacer una elección de cubierta diferente, de estar disponibles las mismas en **EL PLAN**. Sin embargo,

**EL PLAN** permitirá que el participante principal, su cónyuge o pareja, elijan la continuación de cubierta en representación de todos los demás beneficiarios calificados por el mismo evento. Se permitirá también que el padre o tutor legal de un beneficiario calificado seleccione la cubierta en representación de un menor de edad. A cada beneficiario se le dará un mínimo de sesenta (60) días para seleccionar o no la cobertura, comenzando a partir de la fecha en que se le proporcionó la notificación de la elección o el día en que el beneficiario calificado perdería su cobertura bajo el plan de salud grupal anterior debido a ocurrir un evento calificativo, la que ocurra más tarde.

## **F. NOTIFICACIÓN A EL PLAN SOBRE LA ELECCIÓN DE CUBIERTA**

Luego de que **EL PLAN** reciba una notificación respecto a que ha ocurrido un evento calificador ya sea de parte del propio participante principal o de los beneficiarios calificados, se les remitirá a los beneficiarios calificados una notificación de elección que describirá su derecho a la continuación de su cubierta de salud. Dicha notificación de la elección se les proporcionará a los beneficiarios calificados dentro de los catorce (14) días a partir de la fecha en que **EL PLAN** reciba la notificación de que ocurrió un evento calificativo. La notificación que se expida deberá incluir lo siguiente:

- i.* El nombre de la institución u oficina que emite el certificado, su dirección y el teléfono del funcionario.
- ii.* Identificación del evento calificador.
- iii.* Identificación de los beneficiarios calificados.
- iv.* Explicación de los derechos que tienen los beneficiarios calificados de elegir la continuación de su cubierta de salud.
  - v.* Fecha en que terminará la cubierta si no elige la continuación de esta.
  - vi.* Mecanismo para elegir la continuación de cobertura.
  - vii.* Efecto que tiene si no elige la continuación de cobertura o si renuncia a ella.
  - viii.* Alcance de la continuación de cobertura desde el punto de vista de cubierta y tiempo, y segundos eventos calificativos que pueden dar margen a su extensión.
- ix.* Razones para dar por terminada una continuación de cubierta.
- x.* Requerimiento para el pago de primas, incluyendo las fechas de pago.
- xi.* Orientación sobre la importancia de mantener informado a **EL PLAN** sobre las direcciones de los beneficiarios.
- xii.* Se incluirá una aseveración en el sentido de que el documento entregado no describe totalmente el beneficio que le ofrece la Ley COBRA y que para mayor información pueden recurrir a este Manual.

**EL PLAN** podrá denegar una solicitud original bajo la Ley COBRA o para una extensión de la continuación de cobertura en la medida que se determine que el solicitante no tiene derecho a la misma. La notificación deberá proporcionarse

dentro de los catorce (14) días de recibir la solicitud y deberá indicar las razones para la denegación.

### **G. DURACIÓN DE LA CUBIERTA DE SALUD BAJO LA LEY COBRA**

La Ley COBRA requiere que la continuación de la cobertura se extienda por un período de dieciocho (18) o treinta y seis (36) meses a partir de la fecha del suceso o evento calificador. El plazo para la continuación de la cobertura depende del evento calificador. El Socio, cónyuge y menores dependientes calificados tienen derecho a continuar con su cubierta de servicios médicos durante dieciocho (18) meses si el evento calificador se basa en la terminación de empleo (que no sea por mala conducta) o por no haber acumulado las horas de trabajo requeridas para tener derecho al beneficio. Cualquier otro evento calificador permite que el beneficiario (incluyendo a su cónyuge, o pareja e hijos dependientes), tenga derecho a continuación de cobertura por un período de dieciocho (18) meses hasta un máximo de treinta y seis (36) meses. Tan pronto finalice la cubierta bajo la Ley COBRA e independientemente de término de la cobertura, el Socio tiene derecho a que se le entregue el certificado de cobertura acreditable.

- a. Existen dos circunstancias bajo las cuales el beneficiario calificado con derecho a un término máximo de 18 meses de continuación de cobertura podría ser elegible a una extensión del período original. La primera de éstas surge cuando uno de los beneficiarios calificados se torna incapacitado. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los sesenta (60) días del comienzo de la cobertura continuada bajo la Ley COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de dieciocho (18) meses de la cobertura de continuación. En la primera situación y sujeto a ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados de ese grupo familiar tienen derecho a una extensión de 11 meses adicionales al período máximo otorgado, hasta alcanzar un total de 29 meses. Para calificar para la extensión de cubierta es requisito que la Administración del Seguro Social Federal haya determinado en algún momento que el beneficiario calificado es una persona incapacitada y que dicha incapacidad estará presente durante el resto del período inicial de 18 meses de la continuación de cobertura. El beneficiario incapacitado deberá notificar a **EL PLAN** sobre la determinación de la Administración del Seguro Social. Se dispone que el beneficiario incapacitado tiene un máximo de 60 días para radicar su reclamación, contados éstos a partir de la fecha en que se emite la determinación de incapacidad. El derecho a esta extensión podrá ser cancelado por **EL PLAN** en la medida en que la Administración de Seguro Social determine que el beneficiario ya no se encuentra incapacitado. El beneficiario incapacitado deberá notificar a **EL PLAN** la determinación en ese sentido dentro de los 30 días siguientes a la determinación de esa institución.

- b. La segunda circunstancia ocurre al estar presente un segundo evento calificador. De notificarse a **EL PLAN** que ha ocurrido un segundo evento calificador ya sea por el fallecimiento del Socio cubierto, su divorcio o separación de su cónyuge, el derecho a recibir Medicare o la pérdida de la clasificación de un hijo dependiente y éste ocurre durante los 18 meses de la cobertura original de continuación, el cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación hasta un máximo de 36 meses. El participante o beneficiario deberá notificar a **EL PLAN** la ocurrencia de este segundo evento calificador dentro de un plazo de 60 días, contados éstos a partir de lo que surja más tarde entre la fecha en que ocurra el suceso calificador; la fecha en que el beneficiario calificado pierda la cobertura bajo **EL PLAN** como resultado del suceso calificador o la fecha en que se le informe al beneficiario calificado a través de la circulación de un aviso general que circule **EL PLAN** sobre la responsabilidad del participante o beneficiario de notificar el segundo evento calificador.
- c. La cantidad total que deba pagar un beneficiario calificado no excederá el 102% o, en caso de una extensión de la cubierta continuada por incapacidad, el 150% del costo y/o primas del plan de salud grupal (incluidos las aportaciones del patrono y del empleado si esto aplicara) para la cubierta de un participante o beneficiario durante la extensión concedida ya sea de 11 meses o 18 meses adicionales.

El siguiente cuadro tiene como propósito mostrar el período máximo por el cual se ofrecerá la continuación de cobertura para los eventos calificadores específicos y los beneficiarios calificados con el derecho a seleccionar continuación de cobertura cuando ocurre un evento específico.

<u>Evento Calificativo</u>	<u>Beneficio Calificado</u>	<u>Período Máximo de Continuación de Cobertura</u>
Cancelación (por razones que no incluyan mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo	Empleado Cónyuge o pareja Hijo dependiente	18 meses
Inscripción de participante en el Seguro Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Divorcio o separación legal	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Fallecimiento del participante	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Pérdida de clasificación del hijo como dependiente bajo <b>EL PLAN</b>	Hijo dependiente	36 meses

## H. PAGOS PERIÓDICOS BAJO LA COBERTURA CONTINUADA

Una vez completado, entregado y aprobado por **EL PLAN** el formulario de solicitud de continuación de cobertura, el participante o sus beneficiarios calificados, deberán efectuar el pago de la prima mensual que se establezca. La cantidad máxima de las primas no excederá aquella que **EL PLAN** pueda establecer para personas en igual situación que figuren con cubiertas que no hayan experimentado un evento calificador. La notificación de elección de la cubierta continuada bajo la Ley COBRA deberá describir toda la información necesaria respecto a las primas, las fechas de pago y las consecuencias de pagos fuera de término o falta de pago. Para los beneficiarios calificados que estén recibiendo la extensión de continuación de cobertura de 11 meses por incapacidad, la prima correspondiente a los meses adicionales, podrá ser aumentada hasta el 150% del costo de cobertura total para **EL PLAN**. La prima regular se mantendrá por términos de doce meses y se podrá aumentar en la medida que aumenten los costos para **EL PLAN**.

Los beneficiarios calificados deberán pagar las primas del primer mes dentro de los 45 días a partir de la fecha en que el beneficiario haga su selección. Para los pagos subsiguientes tendrá un período de gracia de 30 días luego de transcurrido el mes al que corresponda la prima. De no efectuar los pagos dentro del término establecido, el participante o su beneficiario calificado perderá sus derechos a la cubierta de salud continuada con **EL PLAN**.

Los pagos periódicos deberán efectuarse mediante efectivo, giro bancario o cheque certificado expedido a nombre del Plan de Bienestar UTM-PRSSA, en las propias facilidades de **EL PLAN** o por correo a la siguiente dirección:

Plan de Bienestar UTM-PRSSA  
P.O. Box 6605  
San Juan, P.R. 00914-6605

Si el participante o beneficiario calificado no hace el pago periódico dentro del término establecido, la cubierta podrá ser suspendida a partir del primer día del mes al descubierto. No obstante, si el participante o beneficiario calificado hace el pago periódico después de transcurrido el término establecido para pago, pero antes de finalizar el mes de cobertura a que corresponde el mismo, se reestablecerá la cubierta retroactivamente al primer día del período de cobertura. Cualquier solicitud de servicios médicos que presente el participante mientras no efectúe el pago correspondiente para el período, podrá ser denegada por **EL PLAN**. No obstante, el participante podrá presentarla nuevamente una vez que pague y se restablezca la cobertura.

## I. CANCELACIÓN TEMPRANA

**EL PLAN** podrá dar por terminada la continuación de cobertura antes del final del período máximo concedido debido a las siguientes circunstancias:

1. Las primas no son pagadas en su totalidad en la fecha establecida por parte del beneficiario calificado. **EL PLAN** enviará al participante una notificación con relación a la cancelación temprana si esta ocurre debido a la falta de pago.
2. **EL PLAN** deja de ofrecer la cubierta de salud.
3. El beneficiario calificado comienza a recibir cubierta bajo otro plan de salud luego de optar por la continuación de cobertura, siempre que tal plan no imponga una exclusión o limitación respecto a una condición preexistente del beneficiario calificado.
4. Un beneficiario calificado se torna elegible para recibir beneficios de Medicare, luego de haber seleccionado la continuación de cobertura.
5. Un beneficiario calificado participa en conducta que justifique que **EL PLAN** dé por terminada la cobertura, en igualdad de condiciones que le aplicaría a un participante elegible.

Si **EL PLAN** procede a la cancelación de la cobertura en fecha temprana, enviará al beneficiario calificado una notificación por escrito con relación a dicha determinación, la fecha en que finaliza la cobertura y las razones específicas que justifican tal determinación. Inclusive, se le notificará al solicitante sobre cualquier derecho que pudiera tener bajo **EL PLAN** o bajo la propia Ley COBRA respecto a seleccionar otra cobertura grupal o individual disponible en el mercado.

## J. RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE, SU CÓNYUGE O PAREJA

1- Es responsabilidad del participante y/o sus dependientes mantener informados a **EL PLAN** respecto a su lugar de residencia de tal manera que sea posible mantener comunicación con éstos cuando resulte necesario.

2- El participante, cónyuge o su pareja o hijo dependiente, deberá notificar a la administración de **EL PLAN** todo evento habilitante o calificador dentro del período de los sesenta (60) días subsiguientes a dicho evento, tales como divorcio, separación, o cuando el hijo dependiente pierde su condición de dependiente. Cuando el evento se relaciona con la terminación del empleo, por reducción de horas de trabajo o cuando el participante es elegible al Programa Medicare, deberá notificar dicho evento a **EL PLAN** dentro de un período de treinta (30) días posteriores al evento. La Ley COBRA no requiere a **EL PLAN** que tome acción alguna hasta tanto reciba una notificación adecuada respecto a que ha ocurrido un evento calificador. Puede obtener mayor información general sobre sus derechos bajo la Ley COBRA, comunicándose por escrito al:

Plan de Bienestar UTM-PRSSA  
Oficina de Servicios Auxiliares  
P.O. Box 6605  
San Juan, P.R. 00914-6605  
Tel. (787) 268-0404, ext. 222

o

U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration (EBSA)  
Division of Technical Assistance and Inquires  
200 Constitution Ave. NW, Suite N-5623  
Washington, D.C. 20210

## ARTÍCULO XIV

### PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR RECONSIDERACIONES Y APELACIONES

**EL PLAN** ha establecido un procedimiento para canalizar las solicitudes de reconsideración y las apelaciones que puedan surgir por parte de los Socios y sus dependientes elegibles, respecto a la cubierta de servicios de salud u otros servicios que se ofrezcan. En virtud de las disposiciones establecidas en este Manual, **EL PLAN** notifica a sus beneficiarios el derecho que tienen para apelar decisiones adversas, si entienden que la decisión tomada en su origen se aparta de la oferta de servicios puesta a la disposición de los Socios. Una apelación es una petición formal presentada cuando no se está de acuerdo con una denegación de un servicio.

Las disposiciones o mecanismos de apelación no aplican si el servicio que da margen a la reclamación está explícitamente excluido de la cubierta de servicios de salud u otros servicios que ofrezca **EL PLAN** a la matrícula.

#### A- RAZONES PARA APELAR UNA DENEGACIÓN

Las reclamaciones, apelaciones y solicitudes de reconsideración que los Socios y sus beneficiarios interesen presentar pueden ser por las siguientes razones:

1. Para la clarificación de determinaciones adversas.
2. Por la terminación de beneficios o cubiertas.
3. Medicamentos de receta cuando exista alguna controversia sobre el uso de medicinas de marca o bioequivalentes. Casos de mezclas de medicamentos que algunos de sus componentes no figuren en el formulario de la red de farmacias contratadas por **EL PLAN**.
4. Por condición médica que haya diferencias de criterio sobre su inclusión o no en la cubierta de **EL PLAN**.
5. Por limitaciones o topes establecidos en la cubierta.



6. Por terminación de cobertura de **EL PLAN** (si no se acoge a la Ley COBRA).
7. Otras

Aún en los casos que la denegación vaya dirigida a un proveedor de servicios, **EL PLAN** notificará simultáneamente la determinación al Socio o beneficiario. De esta forma **EL PLAN** le garantizará al reclamante el debido proceso de Ley.

## **B- REQUISITOS MÍNIMOS PARA EVALUAR LA RECLAMACIÓN**

En su pedido de apelación por escrito el reclamante debe proveer la siguiente información:

- Nombre del reclamante.
- Recibo original de cualquier cantidad pagada que incluya el detalle del servicio recibido.
- Facturas que le fueron enviadas por el proveedor, cuando así aplique, en la que figure el nombre y dirección de dicho proveedor.
- Motivo de su apelación.
- Cualquier evidencia que sustente su reclamación o información clínica adicional o necesaria que evidencie la severidad de la condición, estudios previos realizados y la justificación médica para el servicio solicitado para así poner en posición a **EL PLAN** de tomar una decisión. (si necesita este tipo de información, puede solicitarla a su médico o proveedor del servicio).

## **C- PROCESO A SEGUIR PARA LA APELACIÓN**

### **1. Regla General**

**EL PLAN** notificará al reclamante sobre una determinación adversa o denegación de beneficios ya sea total o parcial, dentro de los 90 días siguientes a su reclamación, excepto que **EL PLAN** considere que ese término debe extenderse por circunstancias especiales hasta por 90 días adicionales. Si **EL PLAN** extiende dicho término se le notificará por escrito al reclamante antes del vencimiento de los 90 días originales, junto con una explicación de las circunstancias especiales que ameritan una extensión del término, así como la fecha en que **EL PLAN** espera tomar una determinación al respecto.

### **2. Determinaciones Adversas**

#### **a. Reclamaciones Antes del Servicio**

**EL PLAN** le notificará su determinación al reclamante dentro de los 15 días siguientes al recibo de la reclamación. Dicho período puede ser extendido hasta por 15 días adicionales si ello resulta necesario

por razones fuera del control de **EL PLAN** y se le notificará al reclamante antes del vencimiento del término original de 15 días. Si tal extensión es necesaria debido a que el reclamante no produjo la información necesaria, se le proveerá a éste un término de 45 días para proveer dicha información.

#### **b. Reclamaciones Mientras Recibe Tratamiento**

Si **EL PLAN** aprobó un tratamiento en curso a ser provisto por un período de tiempo o un número de tratamientos, cualquier reducción o terminación de dicho tratamiento (salvo por que se enmienda o se termine la cubierta de salud), antes de que concluya el tratamiento en curso o el número de tratamientos, constituirá una determinación adversa. Se le notificará al reclamante con suficiente antelación como para que éste tenga tiempo suficiente para apelar y obtener una determinación en apelación antes de que los beneficios sean reducidos o terminados. Toda solicitud de extensión de un tratamiento más allá del tiempo o el número de tratamientos de una solicitud que envuelva servicios urgentes, se decidirá y notificará dentro de las 24 horas siguientes al recibo de la reclamación por **EL PLAN**.

#### **c. Reclamaciones Después del Servicio**

**EL PLAN** le notificará su determinación al reclamante dentro de los 30 días siguientes al recibo de la reclamación. Dicho período puede ser extendido hasta por 15 días adicionales si ello es necesario por razones fuera del control de **EL PLAN** y se le notificará al reclamante antes del vencimiento del término original de 30 días. Si tal extensión es necesaria debido a que el reclamante no produjo la información necesaria, se le proveerá a éste un término de 45 días para proveer dicha información.

#### **d. Solicitudes de Reconsideraciones Urgentes**

En aquellos casos en que la apelación requiera atención inmediata, el Socio, su beneficiario o su representante autorizado, debe incluir con su solicitud las razones por las cuales está apelando e incluir cualquier evidencia que ayude en la evaluación del caso. **EL PLAN** contará con un término de 72 horas para notificarle su determinación (ya sea o no adversa), tomando en consideración las necesidades médicas, contadas éstas desde el momento en que se reciba la solicitud completa de apelación y se provea información suficiente, si alguna, para evaluar la reclamación. De ser necesaria mayor información, **EL PLAN** le notificará al reclamante sobre la necesidad de esta información para completar su solicitud dentro de las 24 horas siguientes al recibo de la reclamación. El reclamante tendrá 48 horas para proveer la información solicitada. **EL PLAN** entonces

le notificará su determinación al reclamante en 48 horas luego del recibo de la información solicitada, o a la conclusión del término brindado al reclamante para proveer información, lo que ocurra primero. Por una apelación urgente se entenderá aquellas solicitudes, que de usarse un período regular para contestarle su apelación, podría poner en peligro la vida o salud de la persona.

#### e. Apelaciones no Urgentes

1. El socio, su beneficiario o representante autorizado, tiene derecho a apelar por escrito ante el Director Ejecutivo de **EL PLAN**, cualquier determinación adversa tomada, dentro del término de 180 días, contados éstos a partir de la fecha de recibir la notificación inicial de la determinación adversa. Su apelación deberá ser sometida a la siguiente dirección:

Director Ejecutivo  
Plan de Bienestar UTM-PRSSA  
P.O. Box 6605  
San Juan, Puerto Rico 00914-6605

2. La Oficina del Director Ejecutivo de **EL PLAN** contará con un período de 60 días a partir de la fecha en que el socio hizo su reclamación para contestar la misma.
3. De requerir tiempo adicional para evaluar la reclamación, el Director Ejecutivo notificará al Socio al respecto dentro del periodo de 60 días que tiene para contestar la apelación, extendiéndose dicho término a 120 días.
4. Si la reclamación es denegada en ese término de tiempo, el socio, su beneficiario o representante autorizado tiene derecho a completar un formulario de Solicitud de Reconsideración o someter por escrito su solicitud y enviarla al Director Ejecutivo dentro de los 120 días siguientes a la denegación original de su reclamación.
5. Si el socio, su beneficiario o representante autorizado aún no está de acuerdo con la determinación en la reconsideración, dentro de los próximos ciento ochenta (180) días desde la fecha de la notificación, puede apelar la decisión ante la Junta de Síndicos de **EL PLAN**. La solicitud por escrito en tal sentido deberá remitirse a la siguiente dirección:

Junta de Síndicos  
Plan de Bienestar UTM-PRSSA  
P.O. Box 6500  
San Juan, Puerto Rico 00914-6605

La Junta de Síndicos contará con 120 días desde la fecha de su apelación para notificarle su decisión.

#### **D- PROCESO INICIAL DE EVALUACIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

Como parte del proceso de reconsideración de cualquier servicio de salud solicitado por el Socio, beneficiario o su representante autorizado o del proveedor, la solicitud será evaluada por el Director Médico de **EL PLAN** en aquellos casos que aplique. De ser necesario, la situación se referirá al Trabajador Social de **EL PLAN** en la búsqueda de opciones y se consultará con el Director Ejecutivo de **EL PLAN** cuando resulte indispensable su intervención.

Luego de la revisión, si la determinación es adversa, **EL PLAN** notificará la misma por escrito, ya sea al Socio, su beneficiario o representante autorizado o al proveedor, según corresponda, explicando las razones de la denegación. A su vez lo orientará sobre su derecho a apelar la decisión y cómo iniciar dicho proceso.

Aún en los casos que la denegación vaya dirigida a un proveedor de servicios, **EL PLAN** notificará simultáneamente la determinación al Socio o beneficiario. De esta forma **EL PLAN** le garantizará al reclamante el debido proceso de Ley.

#### **E- PROCEDIMIENTO DE REVISION EXTERNA**

- a. Si el socio, su beneficiario o representante autorizado no está de acuerdo con la decisión tomada por la Junta de Síndicos, cuando la apelación sea a este nivel, podrá solicitar de **EL PLAN** que ponga a su disposición los servicios de organizaciones profesionales de revisión como recurso externo e independiente para que evalúe por sus méritos su reclamación y medie en la controversia. Los costos de honorarios facturados por las organizaciones externas contratadas por **EL PLAN** serán con cargo a sus propios fondos.
- b. Deberá someter su solicitud dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que recibió la determinación adversa de la Junta de Síndicos.
- c. El Socio podrá someterle al evaluador externo toda la información y documentos para apoyar su solicitud, tales como cartas de denegación de **EL PLAN**, cartas de explicaciones de beneficios, cartas de sus médicos y otros. El evaluador externo podrá solicitarle a **EL PLAN** aquella documentación que entienda necesaria para tomar su determinación en el caso.

## ARTÍCULO XV

### BENEFICIO POR SEPARACIÓN DE EMPLEO

#### A. COMPENSACIÓN POR SEPARACIÓN DE EMPLEO

El propósito de este beneficio es proveer ayuda económica al Socio al momento de su separación final y permanente del empleo. La Junta de Síndicos aprobará un Reglamento que rija las operaciones del Fondo de Separación de Empleo.

**1. Aportaciones Patronales:**

Cada Compañía Contribuyente aportará al Fondo de Separación de Empleo las cantidades por cada categoría de horas trabajadas por cada uno de los trabajadores cubiertos por los Convenios Colectivos de trabajo vigentes. Las aportaciones de las compañías participantes se harán trimestralmente, no más tarde de treinta (30) días después de finalizado cada trimestre de cada Año Calendario. **EL PLAN** mantendrá separados en sus libros de contabilidad las aportaciones y los gastos y beneficios pagaderos o pagados contra el Fondo de Separación de Empleo.

**2. Aportaciones de los Trabajadores:**

Los Trabajadores, Oficiales y Administrativos podrán aportar cierta cantidad de dinero de sus salarios, (en calidad de "check-off") para ser acreditados al Beneficio de Separación de Empleo, ya sea por disposiciones de los convenios colectivos aplicables o por autorización directa, según aplique.

**3. Elegibilidad:**

Serán elegibles para participar del Beneficio de Separación de Empleo, los trabajadores de Carga General, Carga Especial y Carga Mecanizada cubiertos por los Convenios Colectivos en vigor. Inclusive, los Oficiales de la **UNIÓN** y los empleados regulares de **LA UNIÓN** y de **EL PLAN**.

**4. Beneficios pagaderos contra el Fondo de Separación de Empleo:**

Se desembolsará a favor del Socio el total acumulado en su cuenta individual, incluyendo el principal y los intereses devengados en su cuenta, al cesar final y permanentemente como trabajador de muelle, o que se incapacite total y permanente y solicite la devolución de sus aportaciones al Fondo. En caso de muerte del Socio, se realizará el desembolso a sus herederos legales.

Los Socios de **EL PLAN** que mantengan sus aportaciones en el Fondo de Separación de Empleo podrán efectuar retiros parciales de sus aportaciones, conforme a las cláusulas y condiciones establecidas en el Reglamento y el Procedimiento para el trámite de beneficios del fondo que apruebe la Junta de Síndicos.

#### **5. Desembolsos:**

Se desembolsará a cada trabajador el total acumulado para el Fondo de Separación de Empleo, más los intereses acumulados, según lo demuestren los informes y récords de **EL PLAN**, sujeto a que las Compañías Contribuyentes hayan remitido sus aportaciones al Fondo de Separación de Empleo.

Por iniciativa de **EL PLAN** y/o reclamación del empleado, se realizarán diversas investigaciones para reclamar o corregir diferencias entre las horas trabajadas, según el récord del empleado y los informes trimestrales sometidos por las Compañías Contribuyentes.

El pago del beneficio por Separación de Empleo se hará no más tarde de cuarenta y cinco (45) días luego de que el trabajador o su beneficiario solicite por escrito la liquidación de su beneficio y sujeto a las siguientes condiciones:

- i.* Que al momento de la solicitud el Socio haya cesado de trabajar final y permanentemente como trabajador de muelle de las Compañías Contribuyentes.
- ii.* Que al momento de solicitud el Socio tenga una incapacidad permanente.
- iii.* En el caso del fallecimiento de un Socio, al hacer la reclamación de este beneficio el beneficiario calificado deberá, además de completar y firmar el formulario diseñado por **EL PLAN** para ese propósito, presentar una copia del certificado de defunción del trabajador y cualesquiera otros documentos que le sean requeridos por **EL PLAN**, **incluyendo** la presentación de una declaratoria de herederos o la validación de un testamento. En estos casos el período de cuarenta y cinco (45) días comienza a contar una vez se reciban los documentos del foro correspondiente.

#### **6. Reclamaciones:**

En caso de que el Socio cese de trabajar permanentemente, completará y firmará el formulario diseñado por **EL PLAN** para efectuar la reclamación de sus aportaciones al Fondo y presentará cualesquiera otros documentos que le sean requeridos por **EL PLAN** y la tarjeta de identificación otorgada por **LA UNIÓN**, en los casos que aplique.

## B. ADMINISTRACIÓN DEL BENEFICIO DE SEPARACIÓN DE EMPLEO

### 1. Responsabilidades de las Compañías Contribuyentes

- a. Las Compañías Contribuyentes enviarán al Plan de Bienestar trimestralmente, según lo establece el Contrato de Fideicomiso y los Convenios Colectivos, las aportaciones patronales y las aportaciones de los trabajadores en concepto del Fondo de Separación de Empleo.
- b. Conjuntamente con las aportaciones económicas, las compañías enviarán por medios electrónicos, de ser posible, un informe de las horas trabajadas por tipo de carga y por puerto (San Juan, Ponce, Guánica y Mayagüez).

### 2. Responsabilidades del Plan de Bienestar

- a. **EL PLAN** revisará los cálculos incluidos en los informes remitidos por las Compañías Contribuyentes y mantendrá la información individual por medios electrónicos.
- b. El sistema de información de **EL PLAN** mantendrá un subsidiario de Socios, conteniendo información del balance acumulado por cada trabajador, por puerto, por horas trabajadas y según el tipo de carga. Inclusive, los intereses acreditados a cada cuenta.

### 3. Reclamación del pago de Separación de Empleo

Todo Socio que haya dejado de trabajar para las empresas cubiertas por los Convenios Colectivos aplicables podrá reclamar sus aportaciones al Fondo de Separación de Empleo luego de su separación permanente del empleo. En los casos de muerte, incapacidad total y permanente o alguna enfermedad terminal, se procesará el pago correspondiente a raíz de la solicitud del beneficio.

El Socio puede visitar las oficinas de **EL PLAN** para cualquier reclamación o información adicional sobre este beneficio. Debe conservar el informe de su cuenta que recibe anualmente para su propia verificación.

## GLOSARIO DE COBERTURA DE SALUD Y TÉRMINOLOGÍA MÉDICA

### Introducción:

Este glosario define algunos términos de uso común, sin embargo, no representa una lista completa. Estos términos y definiciones se presentan para fines informativos y de orientación al participante.

### Terminología:

1. **Apelación:** Solicitud para que el asegurador médico o Plan revise una decisión denegando un beneficio o pago, ya sea en parte o en su totalidad.

2. **Atención Ambulatoria en el Hospital:** Atención médica en un hospital que no suele requerir una estadía de una noche.

3. **Atención de Urgencia:** Atención médica con motivo de una enfermedad, lesión o infección lo suficientemente seria que una persona juiciosa solicite asistencia de inmediato, pero que no es tan grave como para requerir acudir a una sala de emergencias.

4. **Atención Médica en el Hogar:** Servicios de atención médica y materiales que recibe en su residencia conforme a órdenes del médico. Aunque el Plan no ofrece estos servicios, podrían incluir enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales u otros proveedores del cuidado de la salud con licencia. La atención de salud a domicilio no suele incluir ayuda en tareas que no sean de tipo médico, como cocinar, limpiar o manejar.

5. **Cantidad permitida:** Representa el pago máximo que el plan realizará por un servicio médico cubierto. Podría también denominarse como "tarifa negociada".

6. **Centro de Enfermería Especializada:** Servicios realizados o supervisados por enfermeras licenciadas ya sea en su hogar o en una residencia certificada para ofrecer esos servicios. La atención de enfermería especializada no es el equivalente a "servicios de atención especializada", que son servicios realizados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros licenciados) en su hogar o en una residencia certificada.

7. **Cirugía Reconstructiva:** Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos congénitos, accidentes,

lesiones o infecciones médicas. En términos del Plan implica solamente la cirugía reconstructiva posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído y la repigmentación del pesón y areola.

**8. Cobertura para Medicamentos Recetados:** Cobertura de medicamentos recetados que figuren dentro de la cubierta del Plan, cuyo costo lo absorbe el propio Plan ya sea total o parcialmente.

**9. Complicaciones de Embarazo:** Condiciones debido al embarazo, nacimiento o parto que requieren atención médica para evitar daño grave a la salud de la madre o el feto. Las náuseas del embarazo y las cesáreas que no sean de emergencia por lo general no son complicaciones del embarazo.

**10. Condición Médica de Emergencia:** Una enfermedad, lesión, síntoma, (incluye dolor grave) o infección lo suficientemente grave para suponer un riesgo serio a la salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera la atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente alguna de las situaciones siguientes: 1) su salud correría un peligro serio 2) tendría problemas de salud serios con las funciones del organismo 3) sufriría daño grave a una parte u órgano del cuerpo.

**11. Coaseguro:** Su participación en el importe de un servicio médico cubierto, calculado como porcentaje de la cantidad permitida por ese servicio. El paciente generalmente paga el coaseguro más los deducibles que apliquen. (Por ejemplo, si la cantidad permitida del seguro de salud o plan por una visita al consultorio médico es de \$100 y usted pagó su deducible, el pago del coaseguro de un 20% que le corresponde será de \$20. El Plan pagará el balance de la cantidad permitida).

**12. Coaseguro Fuera de la Red:** Representa su aportación económica de la cantidad permitida por los servicios de salud cubiertos a proveedores del cuidado de la salud que no tienen contrato con su seguro médico. El coaseguro por servicios fuera de la red médica suele ser mayor al coaseguro dentro de la red médica del Plan.

**13. Coaseguro en la Red:** Representa su obligación de pago de la cantidad permitida por los servicios médicos cubiertos por el Plan. Su participación suele ser menor por servicios cubiertos dentro de la red médica del propio Plan.

14. **Copago:** Un monto fijo que el paciente paga por un servicio médico cubierto, usualmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

15. **Copago Dentro de la Red de Proveedores:** Monto fijo que el paciente paga por servicios médicos cubiertos a proveedores que tienen contrato con el Plan. Los copagos dentro de la red médica del Plan suelen ser menores a los copagos por servicios fuera de la red médica.

16. **Copago Fuera de la red de Proveedores:** Monto fijo que el paciente paga por servicios médicos cubiertos a proveedores que no tienen contrato con el Plan. Los copagos por servicios fuera de la red médica del Plan suelen ser mayores al copago dentro de la red médica.

17. **Costo Compartido:** Representa su participación en los costos por servicios que un plan cubre y que usted debe pagar (a veces se denominan como "desembolso del paciente"). Algunos ejemplos de costos compartidos incluyen copagos, deducibles y coaseguros. Los costos familiares compartidos se refieren a la porción de los costos de deducibles y desembolsos del paciente que usted y su cónyuge o hijos deben pagar. Otros costos como primas y penalidades que pueda tener que pagar o el costo de servicios que no cubre el plan, no suelen considerarse costos compartidos.

18. **Deducible:** Monto que podría usted pagar por servicios médicos cubiertos antes de que su plan comience a pagar. Se aplica un deducible general a todos o casi todos los servicios cubiertos. Un plan con un deducible general podría también tener deducibles separados aplicables a servicios específicos o grupos de servicios. Algunos planes podrían además tener deducibles separados únicamente. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, el Plan no pagará nada hasta que usted haya cumplido con ese deducible de \$1,000 por servicios médicos cubiertos sujetos al deducible.)

19. **Equipo Médico Duradero (DME en inglés):** Equipo y materiales solicitados por un proveedor de atención médica para uso diario y extendido. Podría incluir algunos equipos de oxigenación, sillas de ruedas, muletas y tirillas de dextro.

20. **Especialista:** Un proveedor que se especializa en un área específica de la medicina o grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas o condiciones.

21. **Examen Médico:** Tipo de atención preventiva que incluye pruebas o exámenes cuyo fin es detectar la presencia de condiciones, por lo general realizados cuando el paciente no presenta síntomas o señales, ni tiene un historial médico de una enfermedad o infección.

22. **Facturación del Saldo:** Cuando el proveedor le factura al paciente por el saldo restante en la factura que su plan no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto facturado como tal y la cantidad permitida. Por ejemplo, si el proveedor cobra \$200 y la cantidad permitida es \$110, el proveedor podrá facturarle por los \$90 restantes a usted. Esto sucede con mayor frecuencia cuando acude a un proveedor fuera de la red médica (proveedor no preferido).

23. **Hospitalización:** Atención en un hospital que requiere su ingreso como paciente interno y suele requerir pernoctar por un día o más. Algunos planes podrían considerar la estadía de un día con fines de observación o como atención ambulatoria en lugar de una hospitalización.

24. **Límite de Gastos Directos Establecido por el Gobierno:** Monto anual que el gobierno federal estipula como el máximo que se puede requerir a cada persona o familia que pague en costos compartidos durante el año del plan por servicios cubiertos dentro de la red médica. Se aplica a la mayoría de los tipos de planes médicos y seguros privados. Este monto podría ser más alto que el máximo directo del bolsillo estipulado por el Plan.

25. **Límite de Gastos Directos por Parte del Paciente:** Lo máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (suele ser de un año) por su porción de los costos por servicios cubiertos. Después de que alcance este límite el Plan usualmente pagará 100% de la cantidad permitida. Este límite le ayuda a planificar sus costos para el cuidado de la salud. Este límite no incluye su prima, si alguna, cargos de balances facturados ni atención médica no cubierta por el Plan. Algunos planes no cuentan todos sus copagos, deducibles, pagos de coaseguros y los pagos por servicios fuera de la red médica u otros gastos para aplicarlos a este límite.

26. **Medicamento Especializado:** Medicamento recetado que, en general, requiere un control o manejo especial y evaluación continua por parte de un profesional médico, o que es relativamente difícil de despachar. Por lo general los medicamentos especializados son los más costosos.

27. **Medicamento Necesario:** Servicios o materiales médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, infección u otros síntomas,

incluyendo servicios de habilitación y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.

**28. Medicamentos Recetados:** Los medicamentos y fármacos que según las leyes requieren una prescripción médica.

**29. Médico Primario:** Un médico, como una persona licenciada en medicina o medicina osteopática, enfermera especialista, especialista en enfermería clínica o asistente de médico, según esté permitido en las leyes estatales y los términos del Plan, que presta, coordina o le ayuda a acceder a una gama de servicios médicos.

**30. Ortesis y Prótesis:** Prótesis de brazos, piernas y ortesis cervical; piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis de seno después de una mastectomía. Aunque el Plan no los incluye en su cubierta, estos servicios incluyen: ajuste, reparación y reemplazo requerido debido a una ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la situación física del paciente.

**31. Plan:** Cobertura de salud proporcionada al suscriptor directamente (plan individual) o por medio de un patrono, sindicato u otro grupo patrocinador (plan grupal de patronos) que brinda cobertura por algunos costos para el cuidado de la salud. También se denomina "plan de seguro de salud", "póliza", "póliza de seguro de salud" o "seguro médico".

**32. Preautorización:** Una decisión por parte de su aseguradora o plan necesaria para recibir un servicio médico, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero (DME). A veces se denomina como autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro médico o plan podrían requerir preautorización por algunos servicios antes de que los reciba, excepto en casos de emergencia. La preautorización no es una garantía de que su seguro médico o plan cubrirá el costo.

**33. Prima:** El monto que debe pagar a su seguro médico o plan cuando así aplique. Usted o su patrono suelen pagarlo de forma mensual, trimestral o anual o a través de aportaciones a un fondo especial. En el caso del Plan la prima aplica en los casos acogidos a la Ley COBRA.

**34. Proveedor:** Persona o instalación que presta servicios médicos. Algunos ejemplos incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros de cirugía, centros de enfermería especializada y centros de

rehabilitación. El Plan podría requerir que el proveedor tenga licencia, esté certificado o esté acreditado, según lo dispongan las leyes estatales.

35. **Proveedor de Atención Primaria:** Un médico, incluyendo M.D. (Doctor); un médico autorizado por la ley estatal y requerido como parte de los términos del plan para brindar, coordinar o ayudar al paciente a tener acceso a una amplia gama de servicios médicos.

36. **Proveedor no Preferido:** Proveedor que no tiene contrato con el Plan para prestar servicios. Si su plan cubre servicios fuera de la red médica, por lo general usted pagará más por consultar a un proveedor fuera de la red médica que por uno preferido. En su póliza se le explica cuáles podrían ser estos costos. También podría denominarse "no preferido" o "no participante" en lugar de "proveedor fuera de la red médica".

37. **Proveedor Preferido:** Un proveedor que tiene contrato con el Plan que ha acordado prestar servicios a miembros de el Plan. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red médica. También se denomina "proveedor preferido" o "proveedor participante".

38. **Prueba Diagnóstica:** Pruebas para determinar cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía podría ser una prueba diagnóstica para ver si tiene fracturas.

39. **Reclamación:** Solicitud de un beneficio (incluido el reembolso de un gasto médico) realizado por el paciente o su proveedor de atención médica a su plan médico, por artículos o servicios que el paciente piensa que están cubiertos.

40. **Reclamo:** Una queja que el paciente le comunica al Plan.

41. **Red:** Instalaciones, proveedores y suplidores que su seguro médico o plan han contratado para prestar servicios de salud.

42. **Referido:** Una orden escrita de su proveedor de atención primaria (el Plan) para que acuda a un especialista o reciba un tipo en particular de servicio médico. Si no recibe un referido primero el plan podría no pagar por los servicios.

43. **Seguro Médico:** Un contrato que requiere que una aseguradora médica pague parte o la totalidad de los costos de atención médica a cambio de una prima. El contrato de seguro médico también podría denominarse "póliza" o "plan".



44. **Servicios de Emergencia:** Servicios para examinar una condición médica de emergencia y darle tratamiento para evitar que dicha condición médica de emergencia empeore. Estos servicios podrían proporcionarse en una sala de emergencias licenciada de un hospital u otros lugares que brindan atención para condiciones médicas de emergencia.

45. **Servicios de Rehabilitación:** Servicios médicos que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana que hayan perdido o que se hayan visto afectados debido a que sufrió un deterioro en su salud, se lastimó o quedó discapacitada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, servicios de terapia del habla y servicios de rehabilitación psiquiátrica y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos, ya sea en hospitales o facilidades ambulatorias.

46. **Servicios Excluidos:** Servicios médicos que el Plan no paga ni cubre.

47. **Servicios Paliativos o Para Enfermos Terminales:** Aunque estos servicios no figuran en la cubierta del Plan, representan servicios para proporcionar alivio y apoyo a enfermos y sus familiares.

48. **Servicios Prestados por un Médico:** Servicios de salud que presta o coordina un médico licenciado, como una persona licenciada en medicina.

49. **Servicio Preventivo:** Atención médica de rutina, como exámenes generales, chequeos físicos y orientación al paciente con el fin de evitar o diagnosticar enfermedades u otros problemas de salud.

50. **Transporte Médico de Emergencia:** Servicios de ambulancia por una condición médica de emergencia. Los tipos de transporte de emergencia podrían incluir transporte aéreo, terrestre o marino. El Plan no cubre todos los tipos de transporte médico de emergencia; en ciertos casos se paga una cantidad menor por algunos tipos de transporte.

**Conserve este libro que contiene  
información importante sobre sus Derechos  
y Responsabilidades**



Sirviendo al obrero portuario y su familia