



UNIVERSITY *of* VIRGINIA

Plan dental de la Universidad de Virginia
Descripción resumida del plan

Para afiliados al plan dental de la Universidad de Virginia
En vigencia a partir del 1 de enero de 2024



Beneficios de su plan dental de la UVA

El Plan Dental de la Universidad de Virginia (el Plan Dental de la UVA o el Plan) ofrece dos opciones dentales, Basic Dental (*Odontología básica*) y Enhanced Dental (*Odontología mejorada*), que le ofrecen atención dental integral a usted y a sus dependientes elegibles. Usted elige la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia. El Plan es administrado por United Concordia Companies, Inc. (UCCI).

Este libro le ayuda a conocer el Plan Dental de la UVA que ofrece la Universidad de Virginia (la Universidad). Encontrará información importante sobre el Plan, incluyendo quién es elegible, qué está cubierto y qué no, y cómo presentar una reclamación para que usted y sus dependientes cubiertos puedan aprovechar al máximo su cobertura de beneficios.

Lea este libro detenidamente y consúltelo cuando necesite comprender cómo funcionan sus beneficios dentales. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a UCCI al número que aparece en su tarjeta de identificación o consulte “Contactos” en este libro, en la página 3.

Cobertura dental de un vistazo

El Plan Dental de la UVA brinda cobertura integral y acceso a una extensa red de proveedores. Aquí le presentamos una descripción general de cómo funciona el Plan:

Característica	Descripción general
Sus opciones	Usted tiene dos opciones de cobertura con el Plan Dental de la UVA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basic Dental (<i>Odontología básica</i>); y ▪ Enhanced Dental (<i>Odontología mejorada</i>).
La red del Plan Dental de la UVA	Ambas opciones utilizan la red Elite Prime de United Concordia como proveedores dentro de la red, lo que le brinda acceso a una red de odontólogos generales y especializados. Visite https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/ o llame al Servicio de Atención al Cliente de UCCI al 866-215-2354 para encontrar proveedores dentro de la red en su área. Cada vez que recibe atención, puede elegir recibirla de un proveedor dentro de la red, o fuera de la red. El Plan paga beneficios por servicios cubiertos dentro y fuera de la red.



Característica	Descripción general
<i>En qué coinciden las dos opciones</i>	<p>Ambas opciones comparten muchas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tienen el mismo diseño general y brindan cobertura para una amplia gama de servicios dentales; ▪ Son administrados por United Concordia y utilizan la red Elite Prime de United Concordia como proveedores dentro de la red; ▪ Proporcionan cobertura para usted y sus dependientes elegibles; ▪ Tienen el mismo deducible por año calendario; y ▪ Ofrecen la misma cobertura para diagnóstico y cobertura preventiva dentro y fuera de la red (como limpiezas de rutina y radiografías) y para servicios primarios (como empastes y atención periodontal). <p>Además, usted es elegible para los beneficios de Smile for Health de UCCI, sin importar la opción que elija.</p>
<i>En qué se diferencian las dos opciones</i>	<p>Las diferencias entre las dos opciones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles con Enhanced Dental; ▪ Usted recibe un mayor nivel de cobertura para servicios de restauración importantes (como coronas y puentes) con Enhanced Dental; y ▪ El beneficio máximo anual para servicios dentales es mayor en Enhanced Dental.
<i>¿Qué está cubierto?</i>	<p>El Plan ofrece cobertura del 100% para la atención preventiva y de diagnóstico elegible dentro de la red, para la cual no es necesario que usted cumpla primero con su deducible anual. Además, el Plan brinda cobertura para atención elegible dentro y fuera de la red para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios primarios como empastes, periodoncia y cirugía bucal; ▪ Servicios de restauración importantes como coronas, puentes y prótesis dentales; y ▪ Con Enhanced Dental, los servicios de ortodoncia están cubiertos hasta el beneficio máximo de por vida.
<i>El costo de su cobertura</i>	<p>En general, cuanto más pague por la cobertura mediante contribuciones de nómina o primas mensuales, menos pagará por el costo de los servicios de atención dental que reciba.</p> <p>Usted comparte el costo de la cobertura a través de contribuciones de nómina o primas mensuales, y el costo de la atención que recibe a través de deducibles y coseguro. Los beneficios de su Plan, con ambas opciones, están sujetos a un beneficio máximo anual.</p>
<i>Acerca de Smile for Health</i>	<p>Con los beneficios de maternidad y mejorados de Smile for Health, las personas embarazadas y aquellas con ciertas afecciones de salud crónicas reciben servicios de atención dental adicionales y un aumento en el monto que el Plan pagará por estos servicios. Consulte “Beneficios de Smile for Health®” en la página 36 para obtener más información.</p>



Contactos

Cuando tenga preguntas o necesite más información, consulte esta tabla para conocer los recursos disponibles. También encontrará información y recursos importantes y personalizados en Workday.

Recurso	Situación	Cómo establecer contacto
RRHH de la UVA	Comuníquese con RRHH de la UVA cuando: <ul style="list-style-type: none"> Tenga un evento de vida calificado; o Necesite informar un cambio en su nombre, dirección o número de teléfono. 	Llame al: 434-243-3344 Correo electrónico: askHR@virginia.edu
Servicios para miembros de United Concordia	Comuníquese con servicios para miembros cuando tenga preguntas sobre: <ul style="list-style-type: none"> Los beneficios del Plan; Beneficios de Smile for Health; o Reclamaciones. 	Llame al: 866-215-2354
Sitio web de United Concordia	Utilice el sitio web seguro para miembros cuando necesite: <ul style="list-style-type: none"> Información sobre elegibilidad o saber el estatus de una reclamación; Una tarjeta de identificación de reemplazo; Copias de formularios de reclamación; o Acceso a herramientas que le ayudarán a administrar la atención de su salud. 	Inicie sesión en su cuenta en: https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/
Portal de la red United Concordia	Utilice este sitio web para encontrar proveedores dentro de la red de Elite Prime de United Concordia	Visite: https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/ .
Tabla de beneficios de Smile for Health	Utilice este resumen para encontrar información sobre cobertura y beneficios.	Visite: https://www.unitedconcordia.com/docs/SFH_Flyer.pdf



Contenido

Contenido

PLAN DENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN	1
PARA AFILIADOS AL PLAN DENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2024.....	1
BENEFICIOS DE SU PLAN DENTAL DE LA UVA	1
COBERTURA DENTAL DE UN VISTAZO	1
CONTACTOS	3
ACERCA DE ESTE RESUMEN	7
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	8
DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PARTICIPANTE.....	8
SUS RESPONSABILIDADES COMO PARTICIPANTE DEL PLAN	8
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	9
QUIÉN ES ELEGIBLE	9
<i>Empleados activos.....</i>	<i>9</i>
<i>Becarios postdoctorales</i>	<i>10</i>
<i>Dependientes</i>	<i>10</i>
<i>Niños adoptados</i>	<i>11</i>
<i>Niños nacidos de madre sustituta subrogada.....</i>	<i>11</i>
<i>Órdenes de manutención médica infantil calificadas</i>	<i>11</i>
CÓMO INSCRIBIRSE	12
<i>Nuevos empleados</i>	<i>12</i>
<i>Inscripción abierta.....</i>	<i>12</i>
CAMBIOS POR EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS.....	12
<i>Derechos especiales de inscripción</i>	<i>14</i>
<i>Evento de vida calificado Documentación requerida</i>	<i>15</i>
<i>Documentación requerida que confirma la relación del cónyuge o dependiente</i>	<i>16</i>
FINALIZACIÓN DEL PERÍODO PARA ELEGIR LAS OPCIONES DE INSCRIPCIÓN	19
<i>Nuevos empleados</i>	<i>19</i>
<i>Inscripción abierta.....</i>	<i>20</i>
<i>Eventos de vida calificados e inscripciones especiales</i>	<i>20</i>
CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA.....	20
¿QUÉ PASA SI DEJO LA UNIVERSIDAD Y LUEGO VUELVO?.....	20
CÓMO PAGA USTED LA COBERTURA.....	21
<i>Contribuciones antes de impuestos y seguridad social</i>	<i>21</i>
<i>Primas para becarios postdoctorales</i>	<i>21</i>
CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA	22
PERMISOS DE AUSENCIA	22
<i>Ley de permiso de ausencia familiar, médico y militar</i>	<i>22</i>
<i>Permiso de ausencia Militar USERRA</i>	<i>23</i>
<i>Permisos de ausencia remunerado y no remunerado.....</i>	<i>23</i>
COBERTURA CONTINUA PARA UN NIÑO DISCAPACITADO	23
COBERTURA CONTINUA DEL PLAN BAJO COBRA.....	24



<i>Elección y pago de la cobertura COBRA</i>	25
<i>Requisitos de notificación</i>	26
<i>Notificación de sus derechos en el marco de COBRA</i>	27
<i>Cambios de dirección</i>	28
<i>Cuándo termina COBRA</i>	28
COORDINACIÓN CON OTROS PLANES	28
SI USTED TIENE OTRA COBERTURA	28
SUS OPCIONES DE COBERTURA DENTAL EN LA UVA	31
PLAN DENTAL BÁSICO TABLA DE BENEFICIOS	31
TABLA DE BENEFICIOS DE ENHANCED DENTAL	34
BENEFICIOS DE SMILE FOR HEALTH®	36
CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA DENTAL	37
LA RED DE PROVEEDORES	37
CARGO PERMITIDO	37
COMPARTIR EL COSTO DE LA ATENCIÓN.....	37
<i>Deducible anual</i>	37
<i>Coseguro</i>	38
<i>Máximo anual</i>	38
PREDETERMINACIÓN DE BENEFICIOS.....	38
LO QUE ESTÁ CUBIERTO	39
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS	39
<i>Cómo paga el plan los beneficios</i>	39
<i>Servicios cubiertos</i>	39
SERVICIOS PRIMARIOS	40
<i>Cómo paga el plan los beneficios</i>	40
<i>Servicios cubiertos</i>	40
PRINCIPALES SERVICIOS DE RESTAURACIÓN	41
<i>Cómo paga el plan los beneficios</i>	41
<i>Servicios cubiertos</i>	42
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA (SOLO ENHANCED DENTAL).....	42
<i>Cómo paga el plan los beneficios</i>	42
<i>Servicios cubiertos</i>	42
PROVISIÓN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	43
BENEFICIOS DE SMILE FOR HEALTH®	43
LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO	43
EXCLUSIONES GENERALES.....	43
EXCLUSIONES ESPECIALES	45
RECLAMACIONES Y APELACIONES DENTALES ANTE UCCI	45
PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES	45
APELACIÓN DE UNA DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS	46
<i>Procedimiento de apelación</i>	46
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA	46
INFORMACIÓN DEL PLAN	47



DOCUMENTOS DEL PLAN.....	47
INTERPRETACIÓN DE LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD.....	47
DECISIONES DE RECLAMACIONES.....	47
FUTURO DEL PLAN.....	48
PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD.....	49
EL COMPROMISO DEL PLAN DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA CON LA PRIVACIDAD.....	49
<i>Información sujeta a este aviso.....</i>	<i>49</i>
RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN.....	50
<i>Aviso detallado de las políticas de privacidad del plan: usos y revelaciones del plan.....</i>	<i>51</i>
SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD.....	53
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.....	55

Acerca de este resumen

Este libro, que incluye las tablas de beneficios del Plan Dental de la UVA, constituye la Descripción Resumida del Plan (SPD) y el Documento del Plan del Plan Dental de la UVA.

En este libro, usted encontrará la información que necesita para comprender los beneficios de su Plan Dental de la UVA, que incluyen:

- Qué derechos y responsabilidades tiene usted en el marco del Plan;
- Quién es elegible para cobertura;
- Cómo inscribirse y cuándo se le permite cambiar la cobertura que ha elegido;
- Cuándo comienza y termina la cobertura;
- Lo que cubre y no cubre el Plan; y
- Cómo presentar una reclamación o apelar una decisión de reclamación.

Además, asegúrese de consultar “Información administrativa” en la página 46 para obtener información clave sobre la administración del Plan y “El compromiso del Plan de la Universidad de Virginia con la privacidad” en la página 49 para conocer la política de privacidad.

Lea atentamente esta SPD y consúltela cuando necesite comprender cómo funcionan sus beneficios dentales. La SPD es el documento vinculante para la Administración del Plan en cualquier proceso de apelación. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a UCCI al número que aparece en su tarjeta de identificación o consulte “Contactos” en la página 3.

Este libro describe las disposiciones del Plan Dental de la Universidad de Virginia (Plan Dental de la UVA) a partir del 1 de enero de 2024. La Universidad de Virginia se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender o rescindir cualquiera o todos los beneficios del Plan Dental de la UVA, en su totalidad o parcialmente, en cualquier momento y por cualquier motivo, a su entera discreción.



La Universidad de Virginia adopta este Documento del Plan como una descripción del Plan Dental de la UVA. Este Documento del Plan reemplaza cualquier declaración anterior de coberturas dentales del Plan, a partir del 1 de enero de 2024. Si alguna de las disposiciones de este Plan fuera contraria a cualquier ley a la que estuviere sujeta, dicha disposición quedará modificada por medio del presente documento con el fin de ajustarse a dicha ley.

Tenga en cuenta que, al adoptar y mantener el Plan Dental de la UVA, la Universidad de Virginia no ha celebrado un contrato de trabajo con ningún empleado o participante del Plan Dental de la UVA. Nada en los documentos legales del Plan Dental de la UVA o en este libro otorga a ningún empleado o participante del Plan Dental de la UVA el derecho a trabajar en la Universidad de Virginia ni a interferir con el derecho de la Universidad de Virginia a despedir a cualquier empleado en cualquier momento.

Ciertos nombres de empresas, productos y servicios mencionados en este documento pueden ser marcas comerciales de sus respectivas empresas.

Sus derechos y responsabilidades

Declaración de derechos del participante

- Usted tiene derecho a recibir información sobre el Plan Dental de la UVA, los servicios, los profesionales y proveedores del Plan, y sus derechos y responsabilidades como participante del Plan.
- Usted tiene derecho a toda consideración de confidencialidad con respecto a sus propias reclamaciones de atención dental.
- Usted tiene derecho a esperar que su proveedor le informe sobre su tratamiento y que le explique o interprete la información, según sea necesario.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su plan de atención antes y durante el transcurso del tratamiento.
- Usted tiene derecho a recibir beneficios por servicios médicamente necesarios que estén cubiertos por el Plan Dental de la UVA.
- Usted tiene derecho a recibir respuestas con rapidez y cortesía a las preguntas sobre acceso a la atención, beneficios dentales y reclamaciones dentales.
- Usted tiene derecho a saber cuáles son sus beneficios de atención dental y a que se le proporcione esta información en un idioma que pueda comprender.
- Usted tiene derecho a presentar una apelación para la reconsideración de una decisión o reclamaciones sobre el Plan o la atención brindada por los proveedores participantes de la red. Además, tiene derecho a que se le proporcione un proceso definido para tramitar reclamaciones y apelaciones. Consulte “Reclamaciones y apelaciones dentales ante UCCI” en la página 45 en este Descripción resumida del plan para ese proceso.

Sus responsabilidades como participante del plan

- Usted es responsable de hacer preguntas cuando no comprenda la información o las instrucciones.
- Usted es responsable de saber si procura atención por parte de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red. Si tiene alguna pregunta, debe comunicarse con el Administrador de reclamaciones al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.



- Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted será responsable de asegurarse de que el Administrador de reclamaciones haya autorizado los servicios, si es necesario, y de saber si están aprobados como fuera o como dentro de la red para que usted pueda recibir los beneficios a su nivel máximo.
- Usted es responsable de verificar con el Administrador de reclamaciones que un proveedor haya obtenido la precertificación necesaria.
- Usted es responsable de garantizar que los miembros de su familia conozcan los procedimientos correctos para acceder a la atención antes de obtener beneficios a través del Plan Dental de la UVA.
- Usted es responsable de realizar todos los pagos de costos compartidos necesarios a los proveedores según lo exigido y descrito en la Tabla de beneficios correspondiente en esta Descripción resumida del plan (consulte “Sus opciones de cobertura dental en la UVA” en la página 31).
- Usted es responsable de notificar a RRHH de la UVA sobre cualquier cambio en la información de contacto o de elegibilidad de dependientes introduciendo los cambios correspondientes a través del portal de beneficios en línea.
- Usted es responsable de suministrar a sus proveedores la información completa necesaria para que le dispensen cuidados, incluyendo información precisa sobre su cobertura de atención dental actual, y de acatar el plan de tratamiento acordado.
- Usted es responsable de proporcionar a RRHH de la UVA información relacionada con otras coberturas de seguros dentales que usted o su cónyuge o dependientes cubiertos puedan tener.
- Usted es responsable de completar su inscripción en línea dentro de los 30 días posteriores a la determinación de elegibilidad o 60 días después de los eventos calificados de mitad de año para inscribirse o realizar cambios en el Plan. Si usted pasa por alto el período de inscripción para los nuevos beneficios, su estatus para esos beneficios pasará al estatus de "asegurado renunció a dichos beneficios".
- Usted es responsable de proporcionar documentación y de responder preguntas destinadas a verificar su elegibilidad a solicitud del Administrador del Plan.
- Usted es responsable de informar a RRHH de la UVA cuando sus dependientes ya no sean elegibles para inscribirse en el plan dental. También es responsable de reembolsar al Plan el costo de cualquier reclamación no elegible pagada por el Plan para dependientes elegibles o no elegibles.

Elegibilidad e inscripción

Esta sección describe quién es elegible para cobertura, cómo inscribirse para la cobertura y cuándo la cobertura entra en vigencia.

Quién es elegible

Empleados activos

Usted es elegible para inscribirse en el Plan si es empleado de la Universidad y usted es:

- Un empleado a tiempo completo;
- Empleado a tiempo parcial que tiene previsto trabajar al menos 20 horas por semana; o



- Empleado de un centro médico a tiempo parcial que tiene previsto trabajar al menos 20 horas por semana.

Tenga en cuenta lo siguiente

Los empleados temporales, asalariados, subcontratados y contratados no son elegibles para el Plan.

Los empleados elegibles que estén de permiso de ausencia deben consultar “Permisos de ausencia” en la página 22 para obtener detalles de la cobertura.

Becarios postdoctorales

Usted es elegible para inscribirse en el Plan si es un becario postdoctoral con un nombramiento postdoctoral en la Universidad de Virginia.

Dependientes

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles si proporciona documentación que confirme su elegibilidad. Sus dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legalmente reconocido en la Mancomunidad de Virginia.
- Sus hijos dependientes hasta el final del mes en el que cumplan 26 años, incluyendo:
 - Sus hijos por nacimiento o adopción;
 - Niños colocados con usted para adopción;
 - Niños de quienes usted es el padre legal a través de un contrato de gestación subrogada;
 - Hijastros; y
 - Niños adoptivos.
- Hijos solteros y dependientes de quienes usted es el tutor legal con custodia permanente, a menos que cualquiera de los padres biológicos del niño también resida con usted, excepto cuando los padres biológicos sean menores de edad que compartan la custodia con usted.

Estos dependientes legales son elegibles hasta el final del mes en el que cumplan 26 años, si la custodia se concedió antes de que el niño cumpliera 18 años, el niño vive en casa y está declarado como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta.

La cobertura para un hijo dependiente discapacitado puede continuar más allá del final del mes en el que cumple 26 años si:

- El niño queda permanente y totalmente discapacitado;
- La discapacidad comenzó antes de que el niño cumpliera 26 años;
- Los formularios de solicitud para el estatus de discapacidad se solicitan a RRHH de la UVA, se completan, se devuelven y se aprueban ANTES de que el dependiente cumpla 26 años;
- El niño no está casado(a), vive con usted a tiempo completo en una relación regular entre padre e hijo, no tiene un trabajo de tiempo completo elegible para recibir beneficios y está declarado en su declaración de impuestos; y
- El niño ha mantenido una cobertura continua bajo un plan patrocinado por el empleador del empleado o del otro padre natural/adoptivo desde que comenzó la discapacidad.



¿Qué pasa si mi cónyuge y yo trabajamos para la Universidad de Virginia?

Nadie puede estar cubierto como empleado y como dependiente en el Plan Dental de la UVA y ningún dependiente puede estar cubierto por más de un empleado. Si usted y su cónyuge son empleados elegibles, usted tiene estas opciones:

- Uno de ustedes podrá inscribirse como empleado y cubrir al otro como dependiente.
- Cada uno de ustedes puede inscribirse como empleado. Solo uno de ustedes podrá inscribir a sus niños como dependientes.

Niños adoptados

La cobertura para su hijo adoptado legalmente entra en vigencia en la fecha en que el niño es adoptado o colocado con usted para adopción si solicita cobertura para el niño por escrito dentro de los 60 días posteriores a la colocación.

Si deja pasar este plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes. El cambio se hará efectivo el primero del año siguiente.

Niños nacidos de madre sustituta subrogada

La cobertura para su hijo legal nacido por madre sustituta entra en vigencia en la fecha en que nace el niño, si solicita cobertura para el niño por escrito dentro de los 60 días posteriores al nacimiento.

Si deja pasar este plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes. El cambio se hará efectivo el primero del año siguiente.

Órdenes de manutención médica infantil calificadas

Una orden de manutención médica calificada para niños (QMCSO) es una orden judicial que exige que un padre proporcione beneficios de atención dental a uno o más niños. La cobertura del Plan se puede extender a un niño cubierto por una QMCSO si:

- Su hijo cumple con la definición de dependiente elegible según el Plan; y
- La Universidad determina que la orden está “calificada”.

La cobertura bajo QMCSO no entra en vigencia hasta después de la fecha en que su cobertura entre en vigencia.

Los afiliados que no reúnan los requisitos y/o sus dependientes afiliados que no reúnan los requisitos serán rescindidos con efecto retroactivo a su fecha de inscripción. El participante deberá reembolsar el costo de cualquier reclamación no elegible pagada por el Plan para usted y/o sus dependientes y podría ser objeto de medidas disciplinarias que podrían incluir el despido.



Auditoría de elegibilidad de dependientes

Todos los dependientes recién inscritos y recién elegibles que soliciten inscripción en el Plan Dental de la UVA deben proporcionar documentación para confirmar su relación con el empleado. La documentación exigida se detalla en el sitio web de Recursos Humanos de la UVA en <https://hr.virginia.edu/>. El Plan tiene la obligación y el derecho de auditar la elegibilidad de los dependientes cada cierto tiempo para garantizar que el Plan se administre de conformidad con la Descripción resumida del Plan.

Cómo inscribirse

La participación en el Plan no es automática; usted debe inscribirse para tener la cobertura de su elección. Usted y sus dependientes pueden inscribirse:

- Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que usted sea elegible para cobertura;
- Durante el período de inscripción abierta; o
- Dentro de los 60 días posteriores a un evento de vida calificado.

Recordatorios importantes de inscripción

Todas las solicitudes de inscripción de cónyuges o hijos deben incluir documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.

Nuevos empleados

Como nuevo empleado, usted debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación. Si no se inscribe o renuncia a la cobertura dentro de este período de 30 días, no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida calificado.

Inscripción abierta

Durante el período de inscripción abierta, usted tiene la oportunidad de revisar sus necesidades de cobertura para el próximo año y cambiar sus opciones de cobertura, si es necesario. Las opciones que elija durante el lapso de inscripción abierta estarán vigentes para el siguiente año calendario.

Cambios por eventos de vida calificados

Durante el año calendario, puede agregar o cancelar dependientes solo cuando tenga un evento de vida calificado. Debe enviar una solicitud por escrito a RRHH de la UVA o a través de Workday si usted es un empleado activo para cualquier cambio antes o dentro de los 60 días posteriores al evento de vida calificado. El cambio entrará en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud o petición en Workday y la documentación requerida (consulte “Evento de vida calificado Documentación requerida” en la página 15) pero no antes de la fecha del evento. Si deja pasar este plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes. El cambio se hará efectivo el primero del año siguiente.

Si cancela a sus dependientes porque ya no son elegibles para inscribirse en su Plan, su cobertura finalizará a partir de la fecha descrita en “Cuándo termina la cobertura” en la página 22. Usted será responsable de reembolsar al Plan cualquier pago realizado por el Plan por reclamaciones presentadas para sus dependientes no elegibles con fechas de servicio posteriores a las fechas de finalización de su cobertura. Estos reembolsos podrán deducirse de su cheque de pago.



Los participantes con dependientes no elegibles inscritos en su póliza o quienes deban pagar reembolsos por el costo de cualquier reclamación no elegible pagada por el Plan para usted o sus dependientes podrían ser objeto de medidas disciplinarias que podrían incluir el despido.

Cualquier prima retroactiva reembolsada a los empleados por dependientes no elegibles debe haberse pagado dentro del mismo año calendario en que se notificó la inelegibilidad a RRHH de la UVA. Se perderán las primas retroactivas pagadas en años calendario anteriores.

Cuándo tiene un evento de vida calificado

- El cambio de cobertura que solicite debe guardar concordancia con el evento de vida calificado y debe deberse a él.
- Se debe enviar documentación para confirmar los eventos calificados (consulte “Evento de vida calificado Documentación requerida” en la página 15). También se debe presentar documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.
- Las solicitudes en línea por parte de empleados activos deben realizarse a través de Workday para empleados de centros académicos y médicos.
- Un evento de vida calificado no le permite cambiar de una opción de Plan a cualquier otra opción de Plan.

Los siguientes son ejemplos de eventos de vida calificados y los cambios de inscripción que permiten. Para obtener más información, consulte “Evento de vida calificado Documentación requerida” en la página 15 o visite <https://hr.virginia.edu/>.

Evento de vida calificado	Cambios de inscripción permitidos
<i>Usted se casa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscribir a su cónyuge y otros dependientes elegibles; o ▪ Cancelar la cobertura usted mismo(a)
<i>Usted tiene un hijo por nacimiento o adopción, o agrega un hijastro o hijo de crianza a su familia</i>	Inscribir al niño y a otros dependientes elegibles
<i>Usted se divorcia, se anula su matrimonio o muere un dependiente cubierto</i>	Cancelar la cobertura de su excónyuge o dependiente fallecido
<i>Su hijo cubierto alcanza la edad máxima de cobertura</i>	Cancelar la cobertura para su hijo
<i>Como resultado de un cambio en el empleo de su cónyuge o dependiente, la cobertura dental está disponible bajo el plan de su cónyuge o dependiente.</i>	Cancelar la cobertura para usted y sus dependientes que se inscriban en el plan de su cónyuge o dependiente
<i>Como resultado de un cambio en el empleo de su cónyuge o dependiente, la cobertura dental bajo el plan de su cónyuge o dependiente se pierde o el costo de la cobertura aumentará significativamente</i>	Agregar cobertura para usted y/o cualquier dependiente elegible que haya perdido la otra cobertura
<i>Usted se muda dentro o fuera del área de servicio del Plan</i>	Ninguno



Evento de vida calificado	Cambios de inscripción permitidos
<i>Usted pasa a ser elegible para Medicare o Medicaid</i>	Cancelar la cobertura usted mismo(a)

Derechos especiales de inscripción

Hay ciertos Eventos de vida calificados que le otorgan Derechos de inscripción especiales:

- Para nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted mismo(a), el nuevo hijo y cualquier otro dependiente elegible que aún no figure en su póliza. Si usted presenta una solicitud para agregar al niño dentro de los 60 días posteriores al evento, la cobertura para el niño es retroactiva a la fecha de nacimiento o adopción, y el cambio de prima, si corresponde, entra en vigencia el primero del mes en que se produzca el evento. La adición de otros dependientes a su póliza se hará efectiva el primero del mes posterior a la fecha del evento.
- Para el matrimonio, puede inscribirse usted mismo(a), su nuevo cónyuge y cualquier otro dependiente elegible que aún no figure en su póliza, si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores al evento. La cobertura entra en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en RRHH de la UVA o a través de Workday, pero no antes de la fecha del evento.
- Una ley federal conocida como HIPAA otorga un derecho de inscripción especial adicional cuando se cancela la cobertura no COBRA debido a la pérdida de elegibilidad para la cobertura de salud grupal o cuando se agota la cobertura COBRA. En función de estos eventos, usted puede inscribirse, inscribir a su cónyuge y/o a sus dependientes que hayan perdido otra cobertura dentro de los 60 días posteriores al evento. La cobertura entra en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en RRHH de la UVA o a través de Workday, pero no antes de la fecha del evento.
- La pérdida de elegibilidad para S-CHIP/Medicaid o la prestación de asistencia con las primas por parte de S-CHIP/Medicaid es un derecho de inscripción especial adicional. Usted puede inscribirse usted mismo(a), su cónyuge y/o sus dependientes que hayan perdido la elegibilidad para la cobertura proporcionada por el gobierno o que hayan pasado a ser elegibles para recibir asistencia estatal que brinde ayuda para pagar la cobertura del Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento. La cobertura entra en vigencia el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en RRHH de la UVA o a través de Workday, pero no antes de la fecha del evento. Comuníquese con RRHH de la UVA a través de Workday con su documentación para obtener ayuda con esta inscripción especial.



Evento de vida calificado Documentación requerida

Usted deberá enviar documentación a RRHH de la UVA con su solicitud para que se verifique su evento de vida calificado. Aquí se ofrece un resumen de la documentación que debe proporcionar para cada evento de vida calificado.

Evento de vida calificado	Documentos requeridos
<i>Si usted se casa</i>	Una copia de un certificado de matrimonio emitido por el estado que haya recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha de archivo registrada.
<i>Si usted se divorcia o se anula su matrimonio</i>	Una copia de partes de los documentos judiciales (por ejemplo, sentencia de divorcio o anulación) con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombres de ambas partes; ▪ Fecha de divorcio; y ▪ Sello o firma del juez.
<i>El nacimiento de un niño</i>	Una copia del acta de nacimiento o carta de nacimiento que demuestre que el empleado es padre/madre.
<i>La adopción o colocación en adopción de un niño</i>	Una copia de la orden de adopción aprobada por el tribunal, orden de colocación o certificado de nacimiento modificado que muestre el nombre del empleado como padre/madre.
<i>Se produce un cambio en su situación laboral en la UVA, la cual afecta su inscripción en el Plan Dental de la UVA</i>	No se requiere documentación cuando un empleado de la UVA tiene los siguientes cambios de estatus laboral: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de horas de tiempo parcial a tiempo completo; ▪ Reducción de horas; o ▪ Inicio o regreso de un permiso de ausencia no remunerado.
<i>Se termina la relación laboral de su cónyuge o niño y se pierde la cobertura</i>	Un documento del empleador con membrete del empleador, que indique la fecha de terminación del empleo y la fecha en que finalizó la cobertura dental.
<i>Su cónyuge o niño tiene un cambio de relación laboral que afecta la inscripción de beneficios por motivos de elegibilidad</i>	Un documento del empleador con membrete del empleador, que indique la fecha en que su cónyuge o hijo pasó a ser elegible o no para la cobertura dental y la fecha en que comenzó o terminó la cobertura.
<i>Su cónyuge o niño comenzó o regresó de un permiso de ausencia sin goce de sueldo y se pierde o se gana cobertura</i>	Un documento del empleador con membrete del empleador, que indique la fecha en que su cónyuge o hijo comenzó o finalizó un permiso de ausencia sin goce de sueldo y la fecha en que comenzó o finalizó la cobertura dental.
<i>Deja de ser necesario que usted proporcione cobertura para dependientes</i>	Envíe una Orden del Departamento de Servicios Sociales para confirmar que usted ya no es responsable de brindar cobertura del plan dental a su(s) hijo(s).



Evento de vida calificado	Documentos requeridos
<i>Se produce un cambio de custodia legal.</i>	Proporcione una copia de un documento judicial que muestre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre del empleado o cónyuge como parte responsable; ▪ Fecha del cambio de elegibilidad; ▪ Nombre(s) del(los) niño(s) menor(es); y ▪ Sello o firma del juez.
<i>Usted (o su dependiente) deja de tener derecho a cobertura patrocinada por el gobierno</i>	Proporcione documentos gubernamentales que demuestren el derecho a, o la pérdida de elegibilidad para programas patrocinados por el gobierno como Medicaid, S-CHIP o TRICARE.
<i>Se produce un cambio de cobertura o costo de más del 20% en la otra cobertura de su cónyuge o niño</i>	Proporcione documentos del empleador que demuestren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha de entrada en vigencia de los cambios; y ▪ Los cambios en el costo y/o cobertura (incluyendo información sobre el costo/cobertura anteriores y el costo/cobertura posteriores para confirmar el tipo y el cambio porcentual).
<i>Su cónyuge o niño fallece</i>	Proporcione una copia del certificado de defunción u obituario.

Documentación requerida que confirma la relación del cónyuge o dependiente

Si agrega un cónyuge o un dependiente a su cobertura, también debe proporcionar documentación que confirme su relación con usted. Aquí se ofrecen detalles sobre la documentación obligatoria de la relación con usted.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	El matrimonio debe ser reconocido como legal en la Mancomunidad de Virginia. NOTA: Los excónyuges no serán elegibles, incluso si poseen una orden judicial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha de archivo registrada, y ▪ Copia de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado que muestre al dependiente como "Cónyuge" en la lista correspondiente. Coloque marcas para destacar toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de Seguro Social.



Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Hijo natural (biológico)	Un niño podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento o comprobante de nacimiento que demuestre que el empleado es el padre/madre.
Niño adoptado	Un niño podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento u orden de adopción aprobada por un tribunal que muestre el nombre del empleado. Si se trata de un acuerdo preadoptivo legal, debe ser revisado y aprobado por RRHH de la UVA.
Hijastro (hijo biológico del cónyuge)	Un hijastro podrá estar cubierto hasta el final del mes en que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento (o acuerdo de adopción) que demuestre que el cónyuge del empleado es el padre/madre, y ▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado, recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha de archivo registrada, y que muestre el nombre del empleado y del padre/madre dependiente, y una forma de prueba de propiedad conjunta, y ▪ Copia de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado que demuestre que el padre/madre del dependiente es "Cónyuge". Coloque marcas para destacar toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de Seguro Social.
Hijo adoptivo	Un niño adoptivo podrá estar cubierto hasta el final del mes en que cumpla 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento, y ▪ Copia de la Orden Judicial Final que otorga la custodia permanente con nombre del empleado como responsable, nombre de los hijos menores y firma del juez que preside, número de orden de manutención y sello.



Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<p>Otro niño cuya tutela o custodia legal permanente esté a nombre de usted</p>	<p>Un niño cuya custodia permanente haya sido ordenada al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) por parte de un tribunal podrá estar cubierto hasta el final del mes en el que cumpla 26 años si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño es soltero(a), ▪ Residir a tiempo completo con el empleado en una relación regular entre padres e hijos, ▪ Es declarado como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta federales del empleado, y ▪ La custodia se otorgó antes de que el niño cumpliera 18 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento, y ▪ Copia de la Orden Judicial Firme en la que se otorga la custodia permanente con nombre del empleado o cónyuge como parte responsable, nombre de los niños menores y firma del juez que preside, número de orden de manutención y sello.
<p>Otro hijo: Excepción</p>	<p>Si el empleado (o el cónyuge del empleado) comparte la custodia permanente de un niño que es "otro hijo" con su hijo menor de edad, quien es el padre/madre del "otro hijo - excepción", entonces ese "otro hijo" también puede estar cubierto si el otro hijo, el hijo menor de edad (quien es el padre/madre) y el cónyuge del empleado (si corresponde):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos viven en el mismo hogar que el empleado, ▪ Ambos hijos son solteros, ▪ Ambos hijos están declarados como dependientes en la declaración de impuestos federales del empleado, y ▪ Un tribunal ha ordenado que el empleado o su cónyuge asuman la custodia permanente conjunta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento del otro niño que muestre el nombre del menor como padre/madre del otro niño, y ▪ Copia del acta de nacimiento (o acuerdo de adopción) del menor, que muestre el nombre del empleado, y ▪ Copia de la Orden Judicial Firme que otorga la custodia con los nombres del empleado o cónyuge y su hijo menor de edad como partes responsables, nombre del "otro hijo" y firma del juez que preside, número de orden de manutención y sello.



Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Niño adulto discapacitado	<p>Los hijos adultos del empleado que estén discapacitados debido a una afección de salud física o mental pueden tener una cobertura que se prolongue más allá del final del mes en el que cumplan 26 años si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Están permanente y totalmente discapacitados, ▪ El niño es soltero(a), ▪ Residen a tiempo completo con el empleado (o el otro padre/madre natural/adoptivo), ▪ Han sido declarados como dependientes en la declaración de impuestos sobre la renta federales del empleado, ▪ Se ha determinado que son discapacitados antes del final del mes en que cumplen 26 años, y ▪ Han mantenido una cobertura continua amparados por un plan patrocinado por el empleador del empleado (o del otro padre/madre natural/adoptivo). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del acta de nacimiento o acuerdo de adopción legal que muestre el nombre del empleado, y ▪ Otra documentación de certificaciones médicas y de elegibilidad, según sea necesario. ▪ En el caso de un empleado nuevo, copia del Certificado HIPAA que demuestre la cobertura anterior patrocinada por el empleador.

Finalización del período para elegir las opciones de inscripción

Durante cualquier período de inscripción, incluyendo la inscripción de nuevos empleados, la inscripción abierta, los cambios por eventos de vida calificados o los períodos de inscripción especial, existe un lapso específico para realizar elecciones/cambios según la Sección 125 del código del IRS según el evento y el período de tiempo enumerados anteriormente. No se pueden permitir otras inscripciones ni cambios hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o un Evento de vida calificado.

Nuevos empleados

Al realizar una elección en Workday, se le brinda la oportunidad de imprimir una confirmación de las opciones que usted eligió. Si la confirmación no refleja las opciones que eligió, notifique inmediatamente a RRHH de la UVA sobre el error, para que puedan corregir la elección inexacta antes de que comiencen las deducciones en su cheque de pago. Todas las elecciones son definitivas hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o un Evento de vida calificado.

Si no se ha hecho ningún intento de elegir beneficios dentales dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación, se considerará, de forma predeterminada, que usted ha “renunciado” a su cobertura dental.



Inscripción abierta

Si realiza alguna elección o cambio durante el lapso de inscripción abierta, se le brinda la oportunidad de imprimir una confirmación de las opciones que eligió. Si la confirmación no refleja las opciones que eligió, notifique inmediatamente a RRHH de la UVA sobre el error, para que puedan corregir la elección inexacta. Una vez que se cierre el período de inscripción abierta, todas las elecciones son definitivas hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o Evento Calificado.

Eventos de vida calificados e inscripciones especiales

Al realizar una elección o un cambio, se le brinda la oportunidad de imprimir una confirmación de las opciones que eligió. Si la confirmación no refleja las opciones que eligió, notifique inmediatamente a RRHH de la UVA sobre el error, para que puedan corregir la elección inexacta antes de que comiencen las deducciones en su cheque de pago. Todas las elecciones son definitivas hasta que ocurra el próximo lapso de inscripción abierta o un Evento calificado.

Cuándo comienza la cobertura

El momento en que comienza la cobertura del Plan depende de cuándo usted y sus dependientes se inscriban:

- Si se inscribe como empleado nuevo cuando es elegible por primera vez, la cobertura comienza en la fecha que usted elija entre la fecha de contratación o el primero del mes siguiente a la fecha de contratación. Si lo(la) contratan el primero del mes, la cobertura comienza de inmediato.
- Si se inscribe cuando pasa a ser elegible por primera vez debido a un evento de “cambio de trabajo” o “transferencia” en la UVA, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha del evento. Si la fecha del evento es el primero del mes, la cobertura comienza inmediatamente.
- Si se inscribe durante el período de inscripción abierta, la cobertura comienza el 1 de enero siguiente.
- Si se inscribe debido a un evento de vida calificado, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación por parte de RRHH de la UVA, si la inscripción se recibe dentro de los 60 días posteriores al evento, pero no antes de la fecha del evento, excepto en el caso de nacimientos y adopciones. Estos cambios entran en vigencia en la fecha del evento si la inscripción se recibe dentro de los 60 días posteriores al evento, y el cambio de prima, si corresponde, entra en vigencia el primero del mes en que se produzca el evento. Si deja pasar el plazo de 60 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para presentar la solicitud y la documentación correspondientes.

¿Qué pasa si dejo la universidad y luego vuelvo?

¿Cuándo comenzará su cobertura si regresa a trabajar para la Universidad? Todo depende del momento en que sea recontratado(a).

- Si le vuelven a contratar en un puesto elegible para beneficios dentro de los 31 días posteriores a su salida de la Universidad y estaba inscrito(a) en beneficios al momento de la separación, no tiene interrupción en la cobertura. Debe inscribirse en los mismos beneficios que tenía antes de su separación.
- Si le vuelven a contratar en un puesto elegible para beneficios más de 31 días después de su fecha de terminación, se le tratará como un empleado nuevo. La cobertura comienza el primero del mes



siguiente a la fecha de contratación. Si lo(la) contratan el primero del mes, la cobertura comienza de inmediato.

Cómo paga usted la cobertura

Mientras sea un empleado activo, usted comparte el costo de la cobertura del Plan a través de contribuciones de nómina. Su contribución se deduce de su salario antes de impuestos.

Contribuciones antes de impuestos y seguridad social

Las contribuciones antes de impuestos provienen de su salario antes de los impuestos sobre la renta federales, los impuestos FICA (Seguro Social y Medicare) y la mayoría de los impuestos sobre la renta estatales y locales están calculados.

Debido a que sus impuestos se calculan sobre una cantidad menor de ingresos imponibles, usted paga menos impuestos. Esto tiene el efecto de reducir el costo de su cobertura.

Cuando usted reduce el monto de su salario sujeto a los impuestos del Seguro Social, también puede reducir su beneficio del Seguro Social. Sin embargo, cualquier reducción de beneficios debería ser mínima y probablemente quedará más que compensada por la reducción en sus impuestos.

Para más información

Consulte a su asesor de impuestos si tiene preguntas sobre sus contribuciones a beneficios e impuestos.

Primas para becarios posdoctorales

Cuando es becario postdoctoral, usted es responsable de los pagos de las primas mensuales que no estén cubiertos por su subvención o departamento. Usted puede optar por recibir cupones para pagos de primas mensuales o solicitar a su banco la posibilidad de que efectúe pagos electrónicos mensuales.

Los pagos por cuenta propia vencen el primer día del mes para el cual se solicita la cobertura (el período de cobertura). Si no se recibe el pago completo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, la cobertura se cancelará sin opción a restablecer la cobertura. Si su prima se recibe después de la fecha de vencimiento pero antes del final del período de gracia de 30 días, su cobertura en el marco del Plan se suspenderá a partir del primer día del período de cobertura y luego se restablecerá retroactivamente (regresando al primer día del período de cobertura) cuando se reciba la prima. Esto significa que cualquier reclamación que presente para obtener beneficios mientras su cobertura esté suspendida podría ser rechazada y es posible que deba volver a presentarse una vez que se restablezca su cobertura. Los reembolsos por los gastos cubiertos en que se incurra solo se realizarán cuando se hayan recibido todos los pagos por cuenta propia exigidos.

Las tarifas de las primas cobradas al grupo de becarios posdoctorales y los beneficios proporcionados en virtud del Plan están sujetos a cambios anualmente. Las tasas de primas y los beneficios generalmente no cambiarán más de una vez al año.

Las solicitudes de terminación de su cobertura o la de sus dependientes se otorgarán de manera prospectiva. No se aceptarán las solicitudes de terminación retroactiva ni los reembolsos de primas asociados.



Cuándo termina la cobertura

La cobertura del plan para un empleado finaliza el último día del mes en el que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- El empleado deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan;
- El Plan se da por rescindido;
- El empleado fallece;
- Termina la relación laboral;
- El empleado no paga ninguna de las contribuciones exigidas para tener cobertura o no paga el reembolso por el pago de reclamaciones no elegibles; o
- El empleado cubre a un dependiente no elegible.

La cobertura para dependientes finaliza el:

- El último día del mes en el que:
 - Termina la cobertura del empleado;
 - El dependiente deja de ser elegible para cobertura de dependientes;
 - El empleado no paga la contribución exigida para la cobertura de dependientes;
 - El dependiente fallece;
 - Finaliza toda la cobertura de dependientes amparados por el Plan;
 - El dependiente queda cubierto como empleado; o
 - El hijo dependiente cumple 26 años.
- El último día del segundo mes posterior al mes en que fallece el empleado.

En caso de divorcio, la cobertura para el cónyuge finaliza el último día del mes del divorcio.

Usted será responsable de reembolsar al Plan cualquier pago realizado por el Plan por reclamaciones presentadas para usted o sus dependientes con fechas de servicio posteriores a la fecha de finalización de su cobertura.

Permisos de ausencia

El Plan incluye reglas sobre cómo un permiso de ausencia afecta su cobertura. Las reglas varían según el motivo del permiso de ausencia.

Ley de permiso de ausencia familiar, médico y militar

A través de la Ley de Permiso de ausencia médica y familiar (FMLA), usted puede solicitar hasta 12 semanas laborales de permiso de ausencia durante cualquier período de 12 meses por el nacimiento o adopción de un niño, o por una afección de salud grave que le afecte a usted o a un miembro de su familia y hasta a 26 semanas para permiso de ausencia militar calificado. Durante el permiso de ausencia FMLA, la cobertura de su Plan continúa mientras continúe aportando sus contribuciones.



Permiso de ausencia Militar USERRA

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA) permite a los empleados calificados continuar su inscripción en el Plan durante un máximo de 24 meses cuando sean llamados al servicio activo durante más de 31 días.

Usted puede continuar con la cobertura del Plan durante su permiso de ausencia militar hasta que ocurra lo primero entre:

- 24 meses (los términos son similares a COBRA); o
- La fecha en que no regrese a trabajar según lo establecido por USERRA.

Si no continúa la cobertura para usted o sus familiares durante su permiso de ausencia y regresa a trabajar:

- Usted y los miembros de su familia volverán a estar cubiertos el primer día del mes siguiente a la fecha en que regrese a trabajar después de su permiso de ausencia militar, si presenta la solicitud en ese momento (esto requiere que regrese a trabajar según lo establecido por USERRA);
- Cualquier período de espera de elegibilidad que no se complete antes no se acreditará durante su permiso de ausencia.

Se le otorgará crédito por el tiempo que estuvo cubierto por el Plan antes de su permiso de ausencia militar, así como crédito por parte o todo el período de continuación de 24 meses, cuando lo elija.

Usted es responsable de pagar el costo del empleado por la cobertura durante un permiso de ausencia militar. Si no realiza los pagos puntualmente, como se describe en su estado de cuenta, se cancelará su cobertura. Debe pagar el monto facturado en su totalidad; No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Permisos de ausencia remunerado y no remunerado

Las políticas de la Universidad y el Centro Médico describen diversos tipos de permisos de ausencia para varios tipos de poblaciones de empleados. La elegibilidad para la cobertura dental, la duración de la cobertura dental y los costos de las primas del empleado/empleador varían según el tipo de permiso de ausencia. Para obtener detalles sobre los tipos de permiso de ausencia, las políticas de permiso de ausencia y la cobertura dental durante el permiso de ausencia, visite <https://hr.virginia.edu/>, Tiempo no trabajado. Usted es responsable de pagar sus primas dentales durante su permiso de ausencia. Si no realiza los pagos puntuales como se describe en sus estados de cuenta, se cancelará su cobertura. Debe pagar el monto facturado en su totalidad; No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Si su cobertura se cancela o se renuncia a la misma retroactivamente, usted será responsable de reembolsar al Plan cualquier pago realizado por el Plan por reclamaciones presentadas por usted o sus dependientes con fechas de servicio posteriores a la fecha de finalización de su cobertura retroactiva.

Cobertura continua para un niño discapacitado

Cuando normalmente terminaría la cobertura del Plan, sus dependientes discapacitados cubiertos podrían continuar con la cobertura. Esta sección describe cómo su dependiente discapacitado puede continuar con la cobertura después del límite de edad del Plan para dependientes.

Su hijo(a) se considera discapacitado si:

- No puede ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental que comienza antes de alcanzar la edad límite para ser dependiente; y



- Depende principalmente de usted para su soporte y manutención.

Usted debe comunicarse con RRHH de la UVA antes del cumpleaños número 26 de su dependiente discapacitado y solicitar los formularios de solicitud para el estatus de discapacidad. Usted y el médico que trata al hijo deben completar los formularios que certifiquen la discapacidad de su niño, presentarlos y obtener la aprobación antes de que el hijo cumpla 26 años. El niño también debe estar soltero, vivir con usted el 100% del tiempo en una relación regular entre padres e hijos, ser declarado dependiente en su declaración de impuestos y no tener un trabajo a tiempo completo. La cobertura del niño finalizará cuando ocurra lo primero de lo siguiente:

- Su hijo deja de estar discapacitado;
- Usted no llega a proporcionar pruebas de que la discapacidad persiste;
- No se realiza ninguno de los exámenes obligatorios; o
- La cobertura de su hijo finaliza por un motivo distinto al de alcanzar el límite de edad.

El estatus de incapacidad debe renovarse anualmente. RRHH de la UVA exigirá una prueba de que la discapacidad continúa para poder recertificar la discapacidad de su hijo.

Cobertura continua del plan bajo COBRA

Cuando normalmente terminaría la cobertura del Plan, usted o sus dependientes cubiertos podrían continuar temporalmente con la cobertura en determinadas circunstancias. Esta sección describe cómo usted o sus dependientes cubiertos pueden continuar con la cobertura a través de la Ley de Reconciliación del Presupuesto Consolidado de 1985 (COBRA).

Si su empleo termina por cualquier motivo que no sea una mala conducta grave, o si usted o su dependiente cubierto ya no son elegibles para la cobertura del Plan, usted y/o su dependiente cubierto pueden continuar temporalmente con la cobertura a través de la ley federal conocida como COBRA. Notifique a RRHH de la UVA de inmediato si usted o sus dependientes cubiertos experimentan un "Evento COBRA", tal como se define en el siguiente cuadro. Usted tiene 60 días a partir de la fecha del evento para comunicarse con RRHH de la UVA e inscribirse en COBRA. RRHH de la UVA informará a su administrador de COBRA sobre su elegibilidad o la de sus dependientes al recibir la notificación que usted envíe. Si usted no informa el Evento COBRA durante este período, perderá su elegibilidad para continuar amparado por COBRA.

Si desea elegir esta cobertura continua, debe hacerlo por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de notificación de COBRA enviada por el Administrador de COBRA, o la fecha del evento COBRA que pone fin a su cobertura como empleado activo regular amparado por el Plan, lo que ocurra más tarde. Usted paga el costo total de la cobertura COBRA, más una tarifa administrativa del 2% después de impuestos. El costo total de la cobertura es diferente de la contribución que usted paga mientras trabaja para la Universidad.

El siguiente cuadro enumera los motivos por los cuales la cobertura podría finalizar para usted o su dependiente cubierto. Por cada uno de esos motivos, COBRA especifica el período durante el cual usted podrá continuar con la cobertura de su Plan.



Motivo por el que finalizó la cobertura ("Evento COBRA")	Período máximo de continuación de COBRA		
	<i>Usted</i>	<i>Su cónyuge</i>	<i>Su niño</i>
<i>Usted pierde cobertura debido a una reducción de la jornada de trabajo</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Su empleo fue terminado por cualquier motivo, excepto por mala conducta grave.</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Usted o su dependiente cubierto pasan a ser elegibles para los beneficios por incapacidad del Seguro Social cuando perdieron la cobertura del Plan.</i>	29 meses	29 meses	29 meses
<i>Usted se divorcia</i>	N/A	36 meses	36 meses
<i>Usted pasa a tener derecho a Medicare</i>	N/A	36 meses	36 meses
<i>Su hijo ya no es elegible (por ejemplo, cumple 26 años)</i>	N/A	N/A	36 meses

Ser elegible para Medicare al momento de su evento COBRA no le impide elegir la cobertura COBRA para usted.

Elección y pago de la cobertura COBRA

Usted paga el costo total de la cobertura de su Plan cuando elige la cobertura COBRA, más una tarifa administrativa del 2%. Cuando sea elegible para la cobertura COBRA, se le notificará su costo mensual. Si usted pasa a ser elegible para recibir beneficios por incapacidad del Seguro Social, el costo de la cobertura COBRA a partir del mes 19 será el 150% del costo del Plan, más una tarifa administrativa del 2%.

Cuando el Administrador de COBRA del Plan le notifique que es elegible para la cobertura COBRA, tendrá 60 días para elegir esa cobertura. Luego tendrá 45 días adicionales para pagar el costo de su cobertura COBRA, retroactivo a la fecha en que comenzó su cobertura (la fecha de su evento COBRA). Durante el período de elección de 60 días, el Plan, previa solicitud, notificará a los proveedores de atención dental sobre su derecho a elegir la cobertura COBRA, retroactiva a la fecha de su evento COBRA. La cobertura real no comenzará hasta que se reciba su primer pago.

De forma continua, los pagos de las primas vencen el primer día del mes para el próximo período de cobertura. No recibirá recordatorios de primas no pagadas. Si el pago adeudado no se recibe dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, la cobertura finalizará. Si el pago de su prima se recibe después de la fecha de vencimiento, pero antes del final del período de gracia de 30 días, su cobertura bajo el Plan se suspenderá a partir del primer día del período de cobertura. Cuando se reciba el pago, la cobertura se restablecerá retroactivamente al primer día del período de cobertura. Esto significa que cualquier reclamación que presente para obtener beneficios mientras su cobertura esté suspendida podría



ser rechazada. Si es así, es posible que deba volver a presentar su reclamación una vez que se restablezca la cobertura.

Requisitos de notificación

Evento COBRA	Procedimientos de notificación	Quién debe actuar y cuándo
<i>Si usted termina la relación laboral</i>	El Administrador de COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su última dirección conocida, en la que se le notifica a usted y a sus dependientes su derecho a continuar con la cobertura.	Usted debe enviar una solicitud de COBRA por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de Notificación o la fecha de terminación de su relación laboral, o la fecha en que, de otro modo, se perdería la cobertura del Plan, si fuera posterior.
<i>Si usted reduce las horas de trabajo</i>	El Administrador de COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su última dirección conocida, en la que se le notifica a usted y a sus dependientes su derecho a continuar con la cobertura.	Usted debe enviar una solicitud de COBRA por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la carta de Notificación o la fecha de terminación de su relación laboral, o la fecha en que, de otro modo, se perdería la cobertura del Plan, si fuera posterior.
<i>Otros eventos COBRA</i>	El empleado cubierto o beneficiario calificado debe notificar a RRHH de la UVA sobre ciertos eventos COBRA. Esos eventos son los siguientes: Divorcio del empleado o pérdida del estatus de dependiente del hijo según los términos del Plan	Usted debe notificar a RRHH de la UVA dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento COBRA. No notificar dentro de este plazo ocasionará la pérdida de la oportunidad de elegir COBRA.
<i>Aviso específico</i>	El Administrador de COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a la última dirección conocida de su excónyuge en caso de divorcio, o a la dirección de usted, en caso de pérdida de elegibilidad de un hijo.	El excónyuge o dependiente no elegible debe elegir COBRA dentro de los 60 días posteriores al evento COBRA (como la fecha del divorcio o la fecha de pérdida de elegibilidad del dependiente) o la fecha de la carta de Notificación, o la fecha en que, de otro modo, se perdería la cobertura del Plan, si esta es posterior. No notificar dentro de este plazo ocasionará la pérdida de la oportunidad de elegir COBRA.



Evento COBRA	Procedimientos de notificación	Quién debe actuar y cuándo
<i>Si usted pretende obtener una prórroga de la cobertura COBRA debido a una discapacidad</i>	Usted debe notificar al Administrador de COBRA	Dentro de los 60 días posteriores a cualquier determinación firme de la Administración del Seguro Social y dentro de los 18 meses posteriores al evento COBRA, usted debe notificar que la persona está discapacitada. Si no se notifica dentro de este plazo, se perderá la oportunidad de solicitar una prórroga.
<i>Si usted ya no está discapacitado(a)</i>	Usted debe notificar al Administrador de COBRA	Dentro de los 30 días posteriores a la notificación por parte de la Administración del Seguro Social, usted debe notificar que la persona ya no está discapacitada.

¿Mi cobertura COBRA será la misma que la cobertura de empleado activo?

Sí. Cualquier cambio realizado en el Plan para empleados activos también se aplicará a usted según COBRA.

Mientras esté cubierto(a) por el Plan según COBRA:

- Usted tiene los mismos derechos que cualquier otro empleado elegible, incluyendo el derecho a cambiar su elección de cobertura durante el período de inscripción abierta.
- Si tiene otro evento COBRA o un evento de vida que califique, como se describe en “Cambios por eventos de vida calificados” en la página 12, usted puede cambiar su elección de cobertura.
- Si su dependiente tiene otro evento COBRA mientras esté bajo el período de cobertura COBRA de 18 meses, su dependiente podría calificar para un período adicional de cobertura COBRA, con el período total de cobertura COBRA limitado a 36 meses; usted o su dependiente deben notificar al administrador de COBRA sobre el segundo evento COBRA.

Notificación de sus derechos en el marco de COBRA

El administrador de COBRA del Plan le notificará por correo sobre su derecho a elegir la cobertura COBRA cuando su evento COBRA sea una reducción de horas o la terminación de la relación laboral. El aviso le dará instrucciones sobre cómo continuar con la cobertura de su plan.

Si sus dependientes cubiertos pierden la cobertura debido a un divorcio o pérdida del estatus de dependiente, usted o sus dependientes cubiertos deben notificar a la Universidad dentro de los 60 días posteriores al evento COBRA para que se pueda ofrecer la cobertura COBRA y se puedan enviar por correo los derechos de elección.

Para prorrogar su cobertura COBRA más allá de 18 meses debido a la elegibilidad para recibir beneficios por incapacidad del Seguro Social, se debe proporcionar un aviso de la determinación de la



Administración del Seguro Social dentro de los 60 días posteriores a su recepción y antes del final de su período inicial de continuación de 18 meses.

El Administrador de COBRA es:

Chard Snyder
P.O. Box 249
Fort Washington, PA 19034-9998
888-878-6175

Cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, usted debe mantener informado al Administrador de COBRA sobre cualquier cambio de dirección de cualquiera de los miembros de la familia.

Cuándo termina COBRA

La cobertura COBRA finalizará antes del período máximo de continuación que se muestra en el cuadro anterior si:

- Usted o su dependiente cubierto pasan a ser elegibles para Medicare después de elegir COBRA;
- Usted o su dependiente cubierto quedan cubiertos por otro plan grupal que no restringe la cobertura por una afección preexistente. Si su nuevo plan tiene una restricción para condiciones preexistentes:
 - Su continuación de COBRA en el marco de este Plan puede continuar hasta que ocurra la primera de las siguientes posibilidades: la restricción por afección preexistente termina bajo el otro plan o usted llega al final del período máximo de continuación para este Plan;
- Usted no realiza el pago completo de la prima a su vencimiento; o
- El Plan termina.

Las solicitudes de terminación de su cobertura COBRA antes de la fecha en que usted o su dependiente hayan estado cubiertos durante el período máximo de continuación se otorgarán de manera prospectiva. No se aceptarán las solicitudes de terminación retroactiva ni los reembolsos de primas asociados.

Coordinación con otros planes

Si usted tiene otra cobertura

Si usted tiene cobertura de otros planes grupales o individuales o recibe pagos por una enfermedad o lesión causada por otra persona, los beneficios que recibe de este Plan podrían ajustarse. Esto podría reducir los beneficios que recibe de este Plan. Este ajuste se conoce como coordinación de beneficios (COB).

Los beneficios dentales disponibles a través de otros planes, contratos u otros acuerdos grupales o individuales, incluyendo la cobertura de seguro de automóvil, mediante la cual se debe proporcionar, hacer preparativos para, o pagar un beneficio dental con o sin seguro, se coordinan con este Plan.

“Otros planes” incluyen cualquier otro plan de cobertura dental proporcionado por:

- Seguros grupales o cualquier otro régimen de cobertura colectiva para personas, independientemente de que dicho plan esté asegurado. Esto incluye a los grupos de prepago.



- Beneficio de protección contra lesiones personales (PIP) de vehículos automotores o seguro opcional de vehículos automotores, en la medida de la ley aplicable. Siempre que sea legalmente posible, este Plan tendrá carácter secundario.

Para saber si los beneficios de este Plan se reducirán, el administrador dental primero debe aplicar las reglas que se enumeran a continuación, en el orden en que se muestran, para determinar qué plan es primario (el que paga sus beneficios primero). La primera regla que se aplica en el cuadro a continuación determinará qué plan paga primero:

	Si...	Entonces...
1.	<i>Un plan tiene una provisión COB y el otro plan no.</i>	El plan sin provisión COB determina sus beneficios y paga primero.
2.	<i>Un plan le cubre como dependiente y el otro le cubre como empleado o jubilado</i>	El plan que le cubre como empleado o jubilado determina sus beneficios y paga primero.
3.	<i>Los padres de un niño están casados o viven juntos (estén casados o no)</i>	El plan del padre/madre cuyo cumpleaños ocurre antes en el año calendario determina sus beneficios y paga primero. Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que haya cubierto al padre durante más tiempo determina sus beneficios y paga primero. Pero si el otro plan no tiene esta regla de “cumpleaños de los padres”, se aplica la regla COB del otro plan.
4.	<i>Los padres de un niño están separados o divorciados con custodia compartida, y un decreto judicial no asigna la responsabilidad de los gastos dentales del niño a ninguno de los padres, ni establece que ambos padres son responsables de la cobertura dental del niño.</i>	Se aplica la “regla del cumpleaños” descrita en la regla 3 anterior.
5.	<i>Los padres de un niño están separados o divorciados y un decreto judicial asigna la responsabilidad de los gastos dentales del niño a uno de los padres.</i>	El plan que cubre al niño como dependiente del padre/madre asignado determina sus beneficios y paga primero.



	Si...	Entonces...
6.	<i>Los padres de un niño están separados, divorciados o no viven juntos (independientemente de que hayan estado casados o no) y no existe un decreto judicial que asigne responsabilidades por los gastos dentales del niño a ninguno de los padres.</i>	Los beneficios se determinan y pagan en este orden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan del padre/madre con custodia paga, luego ▪ El plan del cónyuge del padre/madre con custodia paga, luego ▪ El plan del padre/madre que no tiene la custodia paga, luego ▪ Paga el plan del cónyuge del padre/madre que no tiene la custodia.
7.	<i>Usted tiene cobertura como empleado activo (es decir, no como empleado jubilado o despedido) y cobertura como empleado jubilado o despedido. O tiene cobertura como dependiente de un empleado activo y cobertura como dependiente de un empleado jubilado o despedido</i>	El plan que le brinda cobertura como empleado activo o como dependiente de un empleado activo determina sus beneficios y paga primero. Esta regla se ignora si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: esta regla no se aplica si la regla 2 (arriba) ya determinó el orden de pago.
8.	<i>Usted está cubierto por una ley de derecho de continuación federal o estatal (como COBRA)</i>	El plan distinto al que le brinda cobertura en el marco de una ley de derecho de continuación determinará sus beneficios y pagará primero. Esta regla se ignora si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: esta regla no se aplica si la regla 2 (arriba) ya determinó el orden de pago.
9.	<i>Las reglas anteriores no establecen un orden de pago.</i>	El plan que le haya cubierto durante más tiempo determinará sus beneficios y pagará primero.

Cuando el otro plan paga primero, los beneficios pagados por este Plan se reducen, como se muestra aquí:

- El monto que este Plan pagaría si fuera la única cobertura vigente, menos
- Beneficios pagados por el(los) otro(s) plan(es).

Esto evita que la suma de sus beneficios sea mayor de lo que recibiría solo con este Plan.

Si su otro plan paga beneficios en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el Plan utiliza el valor en efectivo de esos servicios en el cálculo.



Sus opciones de cobertura dental en la UVA

El Plan Dental de la UVA ofrece las siguientes opciones de planes dentales:

- Basic Dental (*Odontología básica*); y
- Enhanced Dental (*Odontología mejorada*).

Además, están disponibles los beneficios de Smile for Health para personas embarazadas y aquellas con ciertas afecciones de salud crónicas. Esta sección describe las características importantes del Plan.

Este cuadro resume los beneficios más comunes que le ofrece el Programa Dental administrado por UCCI.

Plan dental básico *Tabla de beneficios*

Característica del programa	
Deducible anual (Se aplica a servicios primarios y servicios restaurativos mayores)	\$50 por persona
Máximo anual (año calendario) (Se aplica a atención diagnóstica y preventiva, servicios primarios y servicios restaurativos mayores)	\$1,000 por persona

Servicios prestados***	Dentro de la red (se basa en el cargo permitido)	Fuera de la red* (se basa en el cargo permitido)
Atención diagnóstica y preventiva**		
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluaciones bucales de rutina (2 por año calendario) ▪ Evaluación bucal limitada (1 por año calendario) ▪ Tratamiento con flúor (para dependientes menores de 19 años, 2 por año calendario) ▪ Radiografías dentales (radiografías de boca completa o panorámicas una vez cada 3 años, a menos que el TPA las apruebe previamente) ▪ Radiografías de aleta de mordida (2 por año calendario) ▪ Espaciadores para niños menores de 19 años (después de la pérdida de un molar primario o primer molar permanente; uno por diente, cada 3 años) ▪ Biopsias de tejidos bucales. ▪ Sellado dental (una aplicación para niños menores de 19 años, un diente cada 3 años) ▪ Pruebas de vitalidad pulpar (2 por año calendario) ▪ Tratamiento paliativo de emergencia <p>Consulte “Lo que está cubierto” en la página 39 para obtener información sobre más servicios cubiertos</p>	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>Usted paga el 15%; El plan paga el 85%</p>



Servicios prestados***	Dentro de la red (se basa en el cargo permitido)	Fuera de la red* (se basa en el cargo permitido)
Servicios primarios**		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empastes (1 por diente en un período de 12 meses) ▪ Endodoncia ▪ Cirugía bucal ▪ Cuidado periodontal ▪ Anestesia general cuando sea médicamente necesaria y se administre en relación con una cirugía bucal ▪ Reparaciones de coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes y prótesis dentales. Consulte “Lo que está cubierto” en la página 39 para obtener información sobre más servicios cubiertos	Usted paga el 20% después del deducible anual; El plan paga el 80%	Usted paga el 35% después del deducible; El plan paga el 65%
Servicios restaurativos mayores**		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronas, incrustaciones y recubrimientos: instalación o reemplazo ▪ Puentes (instalación o reemplazo) ▪ Prótesis dentales (completas o parciales): instalación o reemplazo ▪ Implantes dentales Consulte “Lo que está cubierto” en la página 39 para obtener información sobre más servicios cubiertos	Usted paga el 50% después del deducible anual; El plan paga el 50%	Usted paga el 65% después del deducible; El plan paga el 35%

* Los montos de coseguro se basan en el Cargo permitido, que se define como el monto que el Administrador de reclamaciones pagará por cualquier servicio cubierto antes de cualquier coseguro aplicable. Los participantes son responsables de los montos superiores al Cargo permitido si utilizan proveedores no participantes; asimismo, son responsables del coseguro correspondiente, cuyo monto podría ser significativo.

** Los beneficios de Smile for Health están disponibles para aquellas personas con un diagnóstico de embarazo, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, diabetes y enfermedad respiratoria.

*** Los servicios más utilizados están incluidos en este programa. Comuníquese con UCCI al 866-215-2354 para obtener detalles de cobertura y limitaciones de otros servicios o véalos en ‘My Dental Benefits’ (*Mis beneficios dentales*) de UCCI en www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/.



Tabla de beneficios de Enhanced Dental

Característica del programa	
Deducible Anual (Se aplica a servicios primarios y servicios restaurativos mayores)	\$50 por persona
Máximo anual (Se aplica a atención diagnóstica y preventiva, servicios primarios y servicios restaurativos mayores)	\$2,000 por persona
Máximo de por vida para ortodoncia	\$1,000 por persona

Servicios prestados***	Dentro de la red (se basa en el cargo permitido)	Fuera de la red* (se basa en el cargo permitido)
Atención diagnóstica y preventiva**		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluaciones bucales de rutina (2 por año calendario) ▪ Evaluación bucal limitada (1 por año calendario) ▪ Tratamiento con flúor (para dependientes menores de 19 años, 2 por año calendario) ▪ Radiografías dentales (radiografías de boca completa o panorámicas una vez cada 3 años, a menos que el TPA las apruebe previamente) ▪ Radiografías de aleta de mordida (2 por año calendario) ▪ Espaciadores para niños menores de 19 años (después de la pérdida de un molar primario o primer molar permanente; uno por diente, cada 3 años) ▪ Biopsias de tejidos bucales. ▪ Sellado dental (una aplicación para niños menores de 19 años, un diente cada 3 años) ▪ Pruebas de vitalidad pulpar (2 por año calendario) ▪ Tratamiento paliativo de emergencia Consulte “Lo que está cubierto” en la página 39 para obtener información sobre más servicios cubiertos	El plan paga el 100%	Usted paga el 15%; El plan paga el 85%



Servicios prestados***	Dentro de la red (se basa en el cargo permitido)	Fuera de la red* (se basa en el cargo permitido)
Servicios primarios**		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empastes (1 por diente en un período de 12 meses) ▪ Endodoncia ▪ Cirugía bucal ▪ Cuidado periodontal ▪ Anestesia general cuando sea médicamente necesaria y se administre en relación con una cirugía bucal ▪ Reparaciones de coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes y prótesis dentales. Consulte “Lo que está cubierto” en la página 39 para obtener información sobre más servicios cubiertos	Usted paga el 20% después del deducible anual; El plan paga el 80%	Usted paga el 35% después del deducible; El plan paga el 65%
Servicios restaurativos mayores**		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronas, incrustaciones y recubrimientos: instalación o reemplazo ▪ Puentes (instalación o reemplazo) ▪ Prótesis dentales (completas o parciales): instalación o reemplazo ▪ Implantes dentales Consulte “Lo que está cubierto” en la página 39 para obtener información sobre más servicios cubiertos	Usted paga el 40% después del deducible anual; El plan paga el 60%	Usted paga el 55% después del deducible; El plan paga el 45%
Ortodoncia		
Tratamiento de ortodoncia	Usted paga el 50%; El plan paga el 50% hasta el máximo de por vida.	Usted paga el 50%; El plan paga el 50% hasta el máximo de por vida.

* Los montos de coseguro se basan en el Cargo permitido, que se define como el monto que el Administrador de reclamaciones pagará por cualquier servicio cubierto antes de cualquier coseguro aplicable. Los participantes son responsables de los montos superiores al Cargo permitido si utilizan proveedores no participantes; asimismo, son responsables del coseguro correspondiente, cuyo monto podría ser significativo.

** Los beneficios de Smile for Health están disponibles para aquellas personas con un diagnóstico de embarazo, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, diabetes y enfermedad respiratoria.

***Los servicios más utilizados están incluidos en este programa. Comuníquese con UCCI al 866-215-2354 para obtener detalles de cobertura y limitaciones de otros servicios o véalos en ‘My Dental Benefits’ (*Mis beneficios dentales*) de UCCI en www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/.



Beneficios de Smile for Health®

Descripción general*	Código ADA	Descripción del procedimiento	Detalles	Afecciones médicas/dentales vinculadas
<i>Atención diagnóstica y preventiva</i>	D1110	Profilaxis de rutina para adultos	1 Limpieza adicional durante el embarazo	Nacimientos prematuros
<i>Servicios primarios</i>	D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	1 de por vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes ▪ Nacimientos prematuros ▪ Cardiopatía
	D0425	Pruebas de susceptibilidad a la caries	1 de por vida	Prevención de caries
	D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor.	2 cada 12 meses después de una cirugía periodontal o terapia periodontal activa	Prevención de caries
	D4341	Raspado periodontal y limadura de raíces: 4 o más dientes por cuadrante	1 cada 24 meses por área de la boca	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes ▪ Nacimientos prematuros ▪ Cardiopatía
	D4342	Raspado periodontal y limadura de raíces: de 1 a 3 dientes por cuadrante	1 cada 24 meses por área de la boca	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes ▪ Nacimientos prematuros ▪ Cardiopatía
	D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales.	1 de por vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes ▪ Nacimientos prematuros ▪ Cardiopatía
	D4910	mantenimiento periodontal	2 en 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes ▪ Nacimientos prematuros ▪ Cardiopatía
	D7288	Biopsia con cepillo: recolección de muestras transepiteliales	1 de por vida	Cáncer bucal



Descripción general*	Código ADA	Descripción del procedimiento	Detalles	Afecciones médicas/dentales vinculadas
Servicios restaurativos mayores	D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	6 incidencias cada 12 meses; independientemente del número de dientes o del área de la boca	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes ▪ Nacimientos prematuros ▪ Cardiopatía

* El nivel de cobertura que figura en la primera columna determina el monto que United Concordia pagará según la descripción del procedimiento/código ADA correspondiente que se muestra. Consulte su Tabla de beneficios para conocer los montos que paga el Plan.

Cómo funciona la cobertura dental

Esta sección describe las características importantes del Plan.

La red de proveedores

Si usted está inscrito(a) en Basic Dental o Enhanced Dental, tiene la libertad de elegir cualquier odontólogo cuando necesite atención dental. La forma en que se cubre esa atención y cuánto paga usted de su propio bolsillo depende de si el gasto está cubierto por el Plan y de si usted elige un proveedor dentro de la red Elite Prime de United Concordia o un proveedor fuera de la red. Cuando utiliza un proveedor dentro de la red, el plan paga el nivel más alto. Eso significa que usted paga menos de su propio bolsillo por la atención. Puede encontrar proveedores en la red Elite Prime de United Concordia en <https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/>. También puede llamar al Servicio al Cliente de UCCI al 866-215-2354 para obtener ayuda sobre cómo encontrar un proveedor dentro de la red en su área.

Cargo permitido

Los proveedores dentro de la red han acordado no cobrar más que el cargo negociado o contratado por un servicio o suministro cubierto por el Plan. Usted no es responsable de los montos que excedan ese cargo permitido cuando obtiene atención de un proveedor dentro de la red. Si no utiliza un proveedor de la red, debe presentar reclamaciones y es responsable de los montos que excedan el cargo permitido; asimismo, deberá pagar el coseguro correspondiente. Esta cantidad podría ser significativa.

Compartir el costo de la atención

Usted comparte el costo de su atención dental pagando deducibles y coseguro. Si su atención dental durante un año calendario excede el máximo anual del Plan para servicios cubiertos que no sean ortodoncia, si corresponde, usted es responsable de pagar el costo que supere el máximo anual.

Deducible anual

El deducible anual es la parte de sus gastos cubiertos que cada persona cubierta paga cada año calendario por servicios primarios y servicios restaurativos mayores antes de que el Plan comience a pagar los



beneficios. El deducible anual no se aplica a cuidados diagnósticos y preventivos ni a tratamientos de ortodoncia. Los montos superiores al cargo permitido no cuentan para su deducible anual.

Coseguro

Una vez que alcance su deducible, el Plan comienza a pagar beneficios por sus gastos cubiertos. La Tabla de beneficios muestra cómo usted y el Plan comparten el costo. Cuando el coseguro del Plan es inferior al 100%, usted paga el saldo. La parte que usted paga se llama coseguro.

Consulte “Sus opciones de cobertura dental en la UVA” en la página 31 para obtener más información sobre el coseguro que se aplica a cada tipo de servicio cubierto.

Máximo anual

El Plan impone un límite al monto que el Plan pagará en beneficios para una persona cubierta cada año calendario, llamado máximo anual. El máximo anual se aplica a:

- Servicios de diagnóstico y preventivos;
- Servicios primarios; y
- Servicios restaurativos mayores.

Los gastos de ortodoncia no se aplican al máximo anual si usted ha elegido la opción con cobertura de ortodoncia.

Predeterminación de beneficios

Una predeterminación es una revisión previa al tratamiento por parte del administrador dental para determinar la elegibilidad y la cobertura de los servicios planificados de conformidad con la Tabla de beneficios y la Asignación del Plan. No se requiere predeterminación para recibir un beneficio para cualquiera de los servicios ofrecidos por el Plan; sin embargo, se recomienda la predeterminación para tratamientos prolongados y costosos. Una predeterminación les brinda a usted y a su odontólogo una estimación de cuál es su cobertura y cuál será su parte del costo para el tratamiento que se está considerando.

Para tener servicios predeterminados, usted y su odontólogo deben presentar un formulario de reclamación que muestre los procedimientos planificados pero que omita las fechas de los servicios. Asegúrese de firmar la solicitud de predeterminación. El administrador dental puede solicitar materiales justificativos, como radiografías y gráficos periodontales, para estimar los beneficios. El administrador dental determinará los beneficios pagaderos, teniendo en cuenta las exclusiones y limitaciones y las opciones de tratamiento alternativas basadas en los estándares aceptados de la práctica dental. Usted y su proveedor, si participan en la red de administradores dentales, recibirán una explicación de los beneficios estimados.

Cuando se realicen los servicios, simplemente pídale a su odontólogo que llame al sistema interactivo de respuesta de voz del administrador dental al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación, o complete las fechas de servicio para los procedimientos completados en la notificación de predeterminación y vuelva a enviarla al administrador dental para su tramitación. Cualquier monto de predeterminación estimado está sujeto a la elegibilidad continua del paciente. El administrador dental también podrá realizar ajustes al momento del pago final para corregir cualquier error matemático, aplicar la coordinación de beneficios, calcular el máximo restante en dólares del programa en la fecha del servicio y cumplir con el Plan vigente del miembro.



Lo que está cubierto

En esta sección encontrará información más detallada sobre los servicios y suministros cubiertos por el Plan. Es importante recordar que el Plan cubre solo los servicios y suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión. Si un servicio o suministro no es necesario, no estará cubierto, incluso si figura como gasto cubierto en este libro.

Las opciones dentales difieren en cuanto a los niveles de beneficios para cada tipo de servicio cubierto, pero las opciones cubren los mismos servicios e incluyen las mismas características que se describen a continuación.

Servicios de diagnóstico y preventivos

Cuidar la dentadura puede prevenir problemas graves en el futuro. Con Basic Dental y Enhanced Dental, usted tiene una cobertura del 100% para la atención dentro de la red para servicios preventivos y de diagnóstico elegibles. No es necesario que cumpla con su deducible antes de que el Plan pague los beneficios.

Cómo paga el plan los beneficios

	Basic Dental		Enhanced Dental	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Servicios de diagnóstico y preventivos*	El plan paga el 100%	Usted paga el 15%; El plan paga el 85%	El plan paga el 100%	Usted paga el 15%; El plan paga el 85%

* No es necesario que usted alcance su deducible para que el Plan pague beneficios. El coseguro se basa en el cargo permitido. Los participantes son responsables de los montos superiores al cargo permitido si utilizan proveedores no participantes; asimismo, deberán pagar el coseguro correspondiente.

Servicios cubiertos

El Plan cubre servicios de diagnóstico y preventivos que incluyen:

- Máximo de dos evaluaciones bucales de rutina por año calendario, incluyendo profilaxis;
- Máximo de una (1) evaluación bucal limitada por año calendario;
- Aplicación tópica de flúor para dependientes menores de 19 años, dos veces al año;
- Una aplicación de selladores por diente cada tres años para dependientes menores de 19 años;
- Radiografías, pero no más de:
 - Una serie bucal completa o panorámica por período de tres años (a menos que se apruebe con antelación); y
 - Radiografías de ala de mordida dos veces al año;



- Espaciadores para niños menores de 19 años para prevenir el movimiento de los dientes después de la pérdida de un molar temporal o del primer molar permanente, uno por diente cada tres años;
- Biopsias de tejido bucal;
- Pruebas de vitalidad pulpar dos veces al año; y
- Tratamiento paliativo de urgencia para el alivio del dolor.

Servicios primarios

La cobertura de servicios primarios, que incluye empastes, endodoncia y cirugía bucal, es la misma en ambas opciones del Plan.

Cómo paga el plan los beneficios

	Basic Dental		Enhanced Dental	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Servicios primarios*	Usted paga el 20% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 80%	Usted paga el 35% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 65%	Usted paga el 20% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 80%	Usted paga el 35% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 65%

* El coseguro se basa en el cargo permitido. Los participantes son responsables de los montos superiores al cargo permitido si utilizan proveedores no participantes; asimismo, deberán pagar el coseguro correspondiente.

Servicios cubiertos

El Plan cubre servicios primarios que incluyen:

- Empastes restauradores hechos de amalgama o sintéticos del color de los dientes, uno (1) por diente en un período de 12 meses;
- Endodoncia: tratamiento de la pulpa dental y de la cámara pulpar, incluyendo tratamiento de conducto;
- Cirugía bucal, incluyendo la anestesia general cuando sea médicamente necesaria;
- Servicios de periodoncia, que constan de:
 - Gingivectomía y gingivoplastia;
 - Cirugía ósea, incluyendo la entrada y cierre del colgajo;
 - Cirugía mucogingivoplástica; y
 - Manejo de la infección periodontal aguda y lesiones bucales;



- Cirugía bucal, incluyendo anestésicos locales y cuidados postoperatorios de rutina. Los procedimientos cubiertos incluyen, entre otros:
 - Extracciones simples;
 - Extracción quirúrgica de dientes;
 - Escisión, drenaje o extirpación de quistes, tumores y abscesos en la boca;
 - Apiectomías;
 - Hemisecciones;
 - Tratamiento de fracturas de mandíbula; y
 - Alveoplastias para preparar la cresta de las encías para prótesis dentales; y
- Reparaciones de incrustaciones, recubrimientos, coronas, puentes y prótesis dentales:
 - Reparación;
 - Recementación;
 - Realineación;
 - Rebase; y
 - Ajustamiento.

Principales Servicios de restauración

La cobertura de servicios de restauración mayor, que incluyen coronas, puentes y prótesis dentales, es la misma en ambas opciones del Plan.

Cómo paga el plan los beneficios

	Basic Dental		Enhanced Dental	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Tipo C: Servicios de restauración importantes*	Usted paga el 50% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 50%	Usted paga el 65% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 35%	Usted paga el 40% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 60%	Usted paga el 55% después de alcanzar su deducible anual: luego el Plan paga el 45%

* El coseguro se basa en el cargo permitido. Los participantes son responsables de los montos superiores al cargo permitido si utilizan proveedores no participantes; asimismo, deberán pagar el coseguro correspondiente.



Servicios cubiertos

El Plan cubre servicios de restauración mayores que incluyen:

- Incrustaciones, recubrimientos y coronas:
 - Instalación; y
 - Reemplazo;
- Puentes:
 - Instalación; y
 - Reemplazo (debe realizarse más de cinco años después de la instalación, pero no más de una vez cada cinco años);
- Prótesis dentales:
 - Instalación; y
 - Reemplazo de la prótesis completa; e
- Implantes.

Si estos servicios no cuentan con respaldo clínico, se pueden pagar por el monto de la alternativa de nivel inferior que el administrador dental considere apropiada.

Tratamiento de ortodoncia (solo Enhanced Dental)

Los beneficios de ortodoncia cubren el enderezamiento de los dientes con aparatos de ortodoncia u otros métodos. La cobertura para el tratamiento de ortodoncia está disponible únicamente a través de Enhanced Dental y los beneficios están limitados al beneficio máximo de por vida.

Cómo paga el plan los beneficios

Enhanced Dental	
Ortodoncia	Usted paga el 50%; el Plan paga el 50%
Beneficio máximo de por vida	\$1,000 por persona

Si el tratamiento de ortodoncia comenzó antes de la inscripción, la cobertura se prorratea según el tratamiento restante. El proveedor debe presentar una nueva reclamación utilizando la fecha de vigencia de la cobertura del miembro e incluir el plan integral de tratamiento de ortodoncia para que se pueda calcular la cantidad de trabajo de ortodoncia restante y el máximo prorrateado.

Servicios cubiertos

La cobertura para el tratamiento de ortodoncia incluye:

- Tratamiento de ortodoncia integral y limitado;
- Estabilización post-tratamiento;
- Terapia con aparatos fijos y removibles;
- Reemplazo de retenedor perdido o roto; y
- Reparación de aparatos de ortodoncia.



Provisión de tratamiento alternativo

A menudo, existen varias formas de tratar una afección dental. Por ejemplo, un empaste o una corona pueden restaurar un diente; o un puente fijo o una prótesis dental parcial pueden reemplazar los dientes perdidos. Se aplicará una Disposición de Beneficios Alternativos (ABP) si una afección dental puede tratarse mediante un procedimiento profesionalmente aceptable, que sea menos costoso que el tratamiento recomendado por el odontólogo. El Plan pagará el procedimiento profesionalmente aceptable menos costoso. La ABP no le compromete a un tratamiento menos costoso; sin embargo, si usted y su odontólogo eligen el tratamiento más costoso, usted es responsable de los cargos adicionales a los permitidos para el procedimiento menos costoso en la ABP.

Beneficios de Smile for Health®

El beneficio dental de maternidad Smile for Health proporciona a las mujeres embarazadas servicios periodontales y de limpieza dental adicionales durante el embarazo. El cuidado bucal adicional durante el embarazo ayuda a prevenir la enfermedad periodontal (de las encías), que se ha asociado a la incidencia de bebés prematuros y con bajo peso al nacer, además de que ayuda a controlar la gingivitis del embarazo.

El beneficio Smile for Health de Enhanced Dental mejora su cobertura actual al prestarle servicios adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales y al aumentar la cantidad que el Plan pagará por estos servicios. Los servicios ofrecidos ayudan a tratar la enfermedad periodontal, que se ha asociado a la diabetes, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades respiratorias.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales de Smile for Health, visite https://www.unitedconcordia.com/docs/SFH_Flyer.pdf

Tenga en cuenta lo siguiente

Si alguno de los procedimientos enumerados anteriormente es pagadero según el Plan de salud de la UVA, no habrá cobertura disponible según el Plan dental de la UVA.

Lo que no está cubierto

El Plan Dental no cubre todos los gastos dentales; ciertos gastos están excluidos. La lista de gastos excluidos en esta sección es representativa, no exhaustiva. El hecho de que un tipo de tratamiento o gasto dental no esté enumerado aquí no significa que el tratamiento o gasto estará cubierto.

Esta sección y “Lo que está cubierto” en la página 39 deben leerse juntos para obtener más información sobre lo que está cubierto y lo que no está cubierto por el plan para ciertas afecciones, procedimientos, servicios y suministros.

Exclusiones generales

El Plan *no* cubre cargos:

- Por citas canceladas o perdidas;
- Por atención, tratamiento, servicios o suministros:
 - Por servicios prestados por un proveedor sin autorización profesional; o
 - Fuera del alcance de la licencia profesional del proveedor;



- Por atención, tratamiento, servicios o suministros no recetados, recomendados o aprobados por un médico u odontólogo;
- Por completar el formulario de reclamación;
- Por medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos que sean experimentales o de investigación, excepto lo que se describe en “Lo que está cubierto” en la página 39;
- Por servicios y suministros que UCCI determine que no son necesarios para el diagnóstico, atención o tratamiento de la enfermedad, lesión o afección involucrada, incluso si son recetados, recomendados o aprobados por un médico u odontólogo;
- Por servicios prestados por voluntarios o personas que normalmente no cobran por sus servicios;
- Por servicios y suministros proporcionados como parte de un tratamiento o atención que no está cubierto por el Plan;
- Por servicios y suministros proporcionados en enfermerías de escuelas, universidades o campamentos;
- Por servicios facturados por un médico residente o interno;
- Por servicios, suministros, atención médica o tratamiento brindados por miembros de su familia inmediata (su cónyuge, pareja de hecho, hijo, hijastro, hermano, hermana, suegros, padres o abuelos) o su hogar;
- Incurridos antes de la fecha de inicio de la cobertura o después de la fecha de finalización de la cobertura;
- Que excedan el cargo reconocido para un servicio o suministro proporcionado por un proveedor fuera de la red;
- Que excedan el cargo negociado para un determinado servicio o suministro proporcionado por un proveedor dentro de la red;
- Que exceda cualquier máximo anual o de por vida específicamente descrito;
- Realizados únicamente porque usted tiene cobertura dental, o que no está legalmente obligado a pagar, como por ejemplo:
 - Atención en instituciones benéficas que normalmente prestan servicios de forma gratuita; o
 - Atención en un hospital u otro centro que sea propiedad de, o sea administrado por cualquier gobierno y que normalmente preste servicios de forma gratuita;
- Relacionados con el empleo o el trabajo por cuenta propia. Esto incluye lesiones que se presenten como consecuencia de (o durante) cualquier trabajo remunerado o lucrativo, a menos que no haya otra fuente de cobertura o reembolso disponible para usted;
- Como resultado de un delito grave que usted cometa o intente cometer; y
- Para tener acceso preferente a los servicios de un odontólogo, como consultorios dentales boutique o de conserjería.



Exclusiones especiales

Adicionalmente, se aplican las siguientes exclusiones a los servicios dentales. No se realizará pago alguno por los siguientes servicios dentales:

- Servicios gratuitos o de costo reducido prestados por una clínica dental o médica mantenida por el empleador del participante, una asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o persona o grupo similar;
- Cargos relacionados con malformación genética;
- Cargos pagados a un paciente hospitalizado en un centro por un odontólogo pagado por ese centro para realizar dichos servicios;
- Instrucción en cuidados dentales personales, higiene dental y control de placa;
- Exámenes proporcionados para fines de empleo, autorizaciones, seguros, escuela, campamento, deportes, adopción u otros fines que no sean necesarios, y gastos relacionados con informes, incluyendo la presentación y preparación de informes; y
- Servicios que no figuran en “Lo que está cubierto” en la página 39.

Reclamaciones y apelaciones dentales ante UCCI

Al finalizar el tratamiento, se debe presentar un formulario de reclamación ante UCCI . En general, su odontólogo presentará una reclamación por su atención dentro de la red. Sin embargo, usted es responsable de asegurarse de que se presente la reclamación o, si es necesario, de presentar una reclamación por su atención fuera de la red.

Esta sección describe los pasos para reclamar beneficios previstos en el Plan.

Presentación de reclamaciones

Si visita a un odontólogo participante de UCCI, el consultorio dental presentará formularios de reclamación para usted y sus dependientes. UCCI pagará los beneficios cubiertos directamente al odontólogo participante. Tanto usted como el odontólogo serán notificados si su reclamación es denegada o reducida.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, usted debe presentar una reclamación para que se le reembolsen los gastos cubiertos. Usted puede solicitar a UCCI un formulario de reclamación llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visitando <https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/>. El formulario tiene instrucciones sobre cómo, cuándo y dónde presentar una reclamación.

Presente sus reclamaciones con prontitud: la fecha límite de presentación es 365 días después de la fecha en que incurre en un gasto cubierto. Las reclamaciones presentadas más de un año después de la fecha límite se aceptarán solo si usted ha estado legalmente incapacitado.

Usted puede presentar reclamaciones y apelaciones usted mismo(a) o a través de un “representante autorizado”, que es una persona a quien usted autoriza por escrito para que actúe en su nombre. En un caso que implique atención de urgencia, un profesional de la salud con conocimiento de su afección siempre podrá actuar como su representante autorizado. El Plan también reconocerá una orden judicial que le otorgue a una persona autoridad para presentar reclamaciones en su nombre.



Apelación de una determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios es una denegación, reducción, terminación o falta de pago (total o parcial) de un beneficio, incluyendo cualquier denegación basada en su elegibilidad para participar en el plan dental de su empleador. Si usted no está completamente satisfecho(a) con la respuesta y determinación inicial del servicio al cliente de UCCI, debe presentar esta inquietud por escrito para comenzar el proceso de apelación. Una apelación es una solicitud por escrito para la revisión de una reclamación adjudicada o un artículo relacionado. Para obtener una revisión de una determinación adversa de beneficios, debe seguir los siguientes procedimientos de apelación.

Procedimiento de apelación

Según el procedimiento de apelación, usted tiene derecho a un proceso de apelación de dos pasos. El plan debe proporcionarle una determinación por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de sus solicitudes de apelación por escrito en cada nivel.

Para iniciar una apelación de Nivel 1, usted o su representante autorizado deben enviar a UCCI una declaración por escrito en la que usted explique por qué usted no está de acuerdo con la determinación. Envíela a UCCI Appeals, P.O. Box 69420, Harrisburg, PA 17110. Incluya en su solicitud toda la documentación, registros o comentarios que usted estime servirían para respaldar su posición. Usted debe presentar su apelación dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que se le notificó la decisión adversa sobre beneficios. Esto puede iniciarse comunicándose con el Servicio de atención al cliente de UCCI al 866-215-2354. UCCI responderá a su solicitud de apelación por escrito dentro de 30 días, a menos que le hayan notificado por escrito que se necesita información adicional para completar la apelación.

Si usted está de acuerdo con la respuesta, esta pasa a ser la determinación final y la apelación finaliza. Si usted no está de acuerdo con la respuesta a su apelación del Nivel 1, puede pasar al Nivel 2. Usted debe solicitar la apelación de Nivel 2 por escrito a más tardar 60 días calendario después de recibir la determinación de Nivel 1. La apelación de Nivel 2 es administrada por UCCI. Esto puede iniciarse comunicándose con el Servicio de atención al cliente de UCCI al 866-215-2354. Proporcione toda la documentación, registros y comentarios que respalden su posición. UCCI le proporcionará una determinación por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, a menos que le notifiquen por escrito que necesitan información adicional para completar la apelación.

Si su reclamación de cualquier modo es rechazada después de la apelación de Nivel 2 porque se determinó que el servicio no es apropiado o es de naturaleza experimental o de investigación, puede presentar una solicitud por escrito para una revisión externa. Comuníquese con UCCI Appeals, P.O. Box 69420, Harrisburg, PA, 17110, dentro de los cuatro meses posteriores a la decisión de apelación de Nivel 2 para iniciar la revisión externa. UCCI enviará su expediente de apelación a la Organización de Revisión Externa (ERO). La ERO revisará toda la información y los documentos que reciba y proporcionará un aviso por escrito de la decisión dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que la ERO reciba la solicitud de revisión externa.

Información administrativa

Esta sección incluye información sobre la administración del Plan descrito en esta Descripción Resumida del Plan. Aunque es posible que usted no necesite esta información para su participación diaria, es información que puede resultarle importante cada cierto tiempo.



Información del plan

Nombre del plan

Plan Dental de la Universidad de Virginia

Número de identificación del empleador (EIN)

54-6001796

Patrocinador del plan

The University of Virginia
2420 Old Ivy Road
P.O. Box 400127
Charlottesville, VA 22904-4127
434-243-3344

Tipo de plan

Plan de bienestar autofinanciado

Año del plan

1 de enero – 31 de diciembre

Administrador de reclamaciones dentales

United Concordia Companies, Inc. (UCCI)
P.O. Box 69421
Harrisburg, PA 17106-9421
866-215-2354

Documentos del plan

Este es el documento oficial del Plan que rige el Plan y que también se conoce como Descripción Resumida del Plan (este libro). Hay copias de este documento disponibles para su inspección durante el horario comercial habitual en la oficina del Patrocinador del Plan. Usted (o su representante personal) puede obtener una copia de estos documentos descargándolos del sitio web de Recursos Humanos de la Universidad: <https://hr.virginia.edu/> o mediante solicitud por escrito dirigida al Patrocinador del Plan, por un cargo nominal.

Interpretación de las reglas de elegibilidad

El Patrocinador del Plan tendrá el derecho exclusivo de interpretar el significado de cualquier regla de descripción de elegibilidad, inscripción y pago.

Decisiones de reclamaciones

Las decisiones sobre reclamaciones las toma el Administrador de reclamaciones dentales, de conformidad con las disposiciones del Plan. El Administrador de reclamaciones Dentales tiene completa autoridad para revisar las reclamaciones de beneficios denegadas en el marco del Plan. Esto incluye, entre otros,



determinar si el tratamiento es o no médicamente necesario. El Administrador de reclamaciones Dentales tiene autoridad discrecional para:

- Determinar si usted y sus dependientes cubiertos tienen derecho a recibir beneficios, y en qué medida; y, asimismo,
- Interpretar las disposiciones del Plan cuando surja alguna duda.

El Administrador de reclamaciones Dentales tiene derecho a adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables del Plan para promover una administración ordenada y eficiente. El Administrador de reclamaciones Dentales no podrá actuar de manera arbitraria o caprichosa, lo que sería un abuso de su autoridad discrecional.

United Concordia Companies, Inc. (UCCI) es el Administrador de reclamaciones Dentales del Plan y tiene autoridad discrecional para revisar todas las reclamaciones de beneficios denegadas en el marco del Plan.

La Universidad es responsable de realizar informes y revelaciones, incluyendo la preparación, distribución y contenido final de:

- Descripciones resumidas de planes;
- Resumen de Modificaciones Materiales; y
- Tablas de beneficios.

Futuro del Plan

Aunque la Universidad espera continuar indefinidamente el Plan descrito en este libro, necesariamente se reserva el derecho de interrumpir el Plan o implementar cualquier cambio en cualquier momento y por cualquier motivo, a criterio exclusivo de la Universidad.

La Universidad podrá enmendar, modificar, revocar o terminar el Plan en cualquier momento, según lo determine, a su entera discreción. La decisión de la Universidad de rescindir o finalizar el Plan podrá deberse a cambios en las leyes federales o estatales que rigen los beneficios de los empleados o los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*). Un cambio de Plan puede transferir los activos y las deudas del Plan a otro plan o dividir el Plan en dos o más partes. Si la Universidad cambia o cancela el Plan, podrá decidir establecer un plan diferente que brinde beneficios similares o diferentes.

Si se termina el Plan, ni los empleados activos ni los jubilados tendrán derecho a ningún otro beneficio del Plan terminado, excepto aquellas reclamaciones incurridas antes de la fecha de terminación o según lo dispuesto en los contratos individuales. Además, si se modifica el Plan, todas las personas cubiertas (activas, jubiladas o dependientes) podrán estar sujetas a una cobertura y beneficios modificados.

El monto y la forma de cualquier beneficio final que usted reciba dependerán de cualquier documento del Plan o disposiciones del contrato que afecten los planes y decisiones de la Universidad. Una vez que se hayan pagado todos los beneficios y se hayan cumplido otros requisitos de la ley, los activos restantes del Plan se entregarán a la Universidad.



Privacidad de su información de salud

Este aviso describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo detenidamente.

El compromiso del Plan de la Universidad de Virginia con la privacidad

El Plan de Salud de la Universidad de Virginia y el Plan Dental de la Universidad de Virginia (denominados colectivamente el "Plan") se comprometen a proteger la privacidad de su información de salud protegida. La información de salud protegida, a la que se hace referencia como "información de salud" en este Aviso, es información que le identifica a usted y se relaciona con su salud física o mental, o con la prestación o el pago de servicios de salud brindados a usted. El Plan crea, recibe y mantiene su información de salud cuando le brinda beneficios de salud, dentales, de medicamentos recetados y de cuentas de gastos médicos flexibles a usted y a sus dependientes elegibles. El Plan también se compromete a brindarle ciertos derechos relacionados con su información de salud.

Mediante este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso"), el Plan le informa que tiene las siguientes obligaciones legales conforme a las disposiciones federales de privacidad de salud contenidas en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") y las regulaciones relacionadas ("ley federal de privacidad de la salud"):

- mantener la privacidad de su información de salud;
- proporcionarle este Aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud;
- cumplir con los términos de este Aviso actualmente vigente; y
- notificarle sobre violaciones de su información de salud según lo exigen las leyes federales de privacidad de salud u otras leyes.

Este Aviso también le informa cómo el Plan usa y revela su información de salud y explica los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud mantenida por el Plan. Para los fines de este Aviso, "usted" o "suyo" se refiere a los participantes asegurados y dependientes elegibles.

Este Aviso entró en vigencia inicialmente a partir del 14 de abril de 2003. Este aviso fue revisado a partir del 1 de enero de 2013, el 1 de septiembre de 2013, el 1 de enero de 2014, el 1 de enero de 2016, el 1 de enero de 2017, el 1 de enero de 2018, el 1 de enero de 2019, el 1 de enero de 2020, el 1 de enero de 2021, el 1 de enero de 2022 y el 1 de enero de 2023.

Información sujeta a este aviso

El Plan crea, recibe y mantiene cierta información de salud sobre usted para ayudar a brindarle beneficios de salud, así como para cumplir con los requisitos legales y reglamentarios. El Plan obtiene esta información de salud, que le identifica a usted, a partir de solicitudes y otros formularios que usted completa, a través de conversaciones que pueda tener con el personal administrativo y los profesionales de atención de la salud del Plan, y a partir de informes y datos proporcionados al Plan por proveedores de servicios de atención de la salud y compañías de seguros y otros terceros. La información de salud que el Plan tiene sobre usted incluye, entre otros elementos, su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social e información sobre reclamaciones médicas y de salud. Esta es la información que está sujeta a las prácticas de privacidad descritas en este Aviso.



Este Aviso no se aplica a la información de salud creada, recibida o mantenida por la Universidad de Virginia en nombre de los beneficios para empleados no relacionados con la salud que patrocina, como beneficios por discapacidad y beneficios de seguro de vida. Este Aviso tampoco se aplica a la información de salud que la Universidad de Virginia solicita, recibe y mantiene sobre usted con fines laborales, como pruebas para empleo o para determinar su elegibilidad para beneficios de permiso de ausencia médica o adaptaciones por discapacidad.

Resumen de las prácticas de privacidad del plan

Usos y revelaciones de su información de salud por parte del plan

Generalmente, usted debe proporcionar una autorización por escrito al Plan para que use o revele su información de salud. Sin embargo, el Plan podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para la administración del Plan y para procesar reclamaciones. El Plan también podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para otros fines, según lo permita la ley federal de privacidad de la salud, como salud y seguridad, aplicación de la ley o fines de emergencia. Los detalles de los usos y revelaciones de su información de salud por parte del Plan se describen a continuación.

Sus derechos relacionados con su información de salud

La ley federal de privacidad de la salud le brinda ciertos derechos relacionados con su información sobre salud. Específicamente, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y/o copiar su información de salud;
- Solicitar que se modifique su información de salud;
- Solicitar un informe de ciertas revelaciones de su información de salud;
- Solicitar ciertas restricciones relacionadas con el uso y revelación de su información de salud;
- Solicitar recibir su información de salud a través de comunicaciones confidenciales;
- Presentar un reclamo ante el Plan o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y
- Recibir una copia impresa de este Aviso.

Estos derechos y la manera en que usted puede ejercerlos se detallan a continuación.

Cambios en las prácticas de privacidad del plan

El Plan se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y revisar este Aviso, como se describe a continuación.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las prácticas de privacidad del Plan o sobre este Aviso, si desea obtener información adicional sobre las prácticas de privacidad del Plan o si desea presentar un reclamo, comuníquese con:

Privacy Officer
2420 Old Ivy Road
P.O. Box 400127
Charlottesville, VA 22904-4127
434-924-4346



Aviso detallado de las políticas de privacidad del plan: usos y revelaciones del plan

Excepto en la medida en que se describe en esta sección, según lo dispuesto por la ley federal de privacidad de salud, o según usted de otro modo lo haya autorizado, el Plan solo usa y revela su información de salud para fines de la administración del Plan y el procesamiento de reclamaciones de salud. Los usos y revelaciones que no requieren su autorización por escrito se describen a continuación.

Usos y revelaciones para tratamiento, pagos y operaciones de atención de la salud

- Para tratamiento. El Plan podrá revelar su información de salud a un proveedor de atención de la salud, como un hospital o un médico, para ayudar al proveedor a brindarle tratamiento.
- Para pagos. El Plan podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para que sus reclamaciones por servicios de atención de la salud puedan pagarse de conformidad con los términos del Plan. Por ejemplo, el Plan podrá usar y revelar su información de salud para determinar si ciertos servicios de atención de la salud que usted procure están cubiertos por el Plan, o para procesar sus reclamaciones de atención de la salud. El Plan también puede revelar su información de salud para coordinar el pago de la atención de su salud con otras personas que puedan ser responsables de ciertos costos.
- Para operaciones de atención de la salud. El Plan podrá usar y revelar su información de salud sin su autorización para que pueda operar de manera eficiente y para el beneficio de sus participantes. Por ejemplo, el Plan podrá revelar su información de salud con fines de análisis crediticio, de planificación comercial o a abogados que prestan servicios legales al Plan. El Plan de Salud no puede usar ni revelar información personal sobre salud (PHI, por sus siglas en inglés) que sea información genética para ningún propósito de análisis crediticio según las reglas de GINA (Ley que prohíbe la discriminación por información genética).

Usos y revelaciones a socios comerciales

El Plan podrá revelar cierta información de su salud sin su autorización a sus "socios comerciales", que son terceros que ayudan al Plan en sus operaciones. Por ejemplo, el Plan podrá compartir la información de sus reclamaciones con un socio comercial que preste servicios de procesamiento de reclamaciones al Plan, y el Plan podrá revelar su información de salud a sus socios comerciales para fines de proyección actuarial y auditoría, además de servicios legales. El Plan celebra contratos con sus socios comerciales, a quienes les exige proteger la privacidad de la información de salud de usted.

Usos y revelaciones al patrocinador del plan

El Plan podrá revelar su información de salud, sin su autorización, al Patrocinador del Plan, que es la Universidad de Virginia, para fines de administración del plan, como realizar funciones de control de calidad y para funciones de seguimiento y auditoría. El Patrocinador del Plan certificará al Plan que este protegerá la privacidad de su información de salud y que ha modificado los documentos del plan de modo que quede constancia de su obligación de proteger la privacidad de la información de salud de usted.

Otros usos y revelaciones que pueden realizarse sin su autorización

La ley federal de privacidad de la salud establece usos o revelaciones específicos de su información de salud que el Plan puede realizar sin su autorización, algunos de los cuales se describen a continuación.

- Exigido por ley. El Plan podrá usar y revelar información de salud sobre usted según lo exija la ley. Por ejemplo, el Plan podrá revelar su información de salud para los siguientes propósitos: para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con el proceso y la autoridad legal; para



reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; o para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus deberes de aplicación de la ley.

- Salud y seguridad. Su información de salud podrá ser revelada para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o la de cualquier otra persona, de conformidad con la ley aplicable. Su información de salud también podrá ser revelada para actividades de salud pública, como la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Funciones de Gobierno. Su información de salud podrá ser revelada al gobierno para funciones gubernamentales especializadas, como inteligencia, actividades de seguridad nacional y protección de funcionarios públicos. Su información de salud también podrá ser revelada a agencias de supervisión de la salud que vigilen el sistema de atención de la salud para fines de auditorías, autorizaciones de investigaciones y otras actividades de supervisión.
- Miembros Activos de las Fuerzas Armadas y Veteranos. Su información de salud podrá ser utilizada o revelada para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con el servicio militar o los asuntos de los veteranos.
- Compensación de trabajadores. Su información de salud podrá ser utilizada o revelada para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con los beneficios de Compensación de trabajadores.
- Situaciones de emergencia. Su información de salud podrá ser utilizada o revelada a un familiar o amigo personal cercano que participe en su atención en caso de una emergencia, o a una entidad de ayuda en casos de desastre, si se presentan tales percances.
- Familiares y amigos que participan en sus cuidados. Podremos revelar información de salud sobre usted a un familiar, a un amigo o a otra persona que participe en la atención de su salud o en el pago de la atención de su salud, como el suscriptor de su plan de beneficios de salud, siempre que la información sea directamente pertinente para la participación de esa persona en la atención de su salud o el pago por esa atención. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, podremos confirmar si la reclamación se recibió y si fue pagada. Usted tiene derecho a detener o limitar este tipo de revelación llamando al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. Para autorizar revelaciones a un familiar o a otra persona, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para revelar información del Administrador Externo, y a la Oficina de Privacidad al 434-924-4346 para revelar información del Plan de Salud de la UVA. Si usted fallece, el Plan podrá revelar su información de salud a las personas que participan en su atención o en el pago de la atención de su salud antes de su muerte, la información de salud que sea pertinente para la participación de la persona, a menos que usted previamente haya dado al Plan otras indicaciones.
- Representantes personales. Su información de salud podrá ser revelada a personas que usted haya autorizado para que actúen en su nombre, o personas que tengan tal relación con usted, que les confiera el derecho a actuar en su nombre. Ejemplos de representantes personales son los padres de menores y aquellos adultos con poderes legales acreditados.
- Información sobre tratamientos y beneficios relacionados con la salud. El Plan y sus socios comerciales podrán comunicarse con usted para suministrarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle, incluyendo, por ejemplo, tratamientos, servicios y medicamentos alternativos.
- Investigación. Bajo ciertas circunstancias, el Plan podrá usar o revelar su información de salud con fines de investigación, siempre que se respeten los procedimientos exigidos por la ley para proteger la privacidad de los datos de la investigación.



- Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, el Plan podrá usar o revelar su información de salud a un donante u organización de obtención de órganos para facilitar un trasplante que implique donación de órganos o tejidos.
- Personas fallecidas. La información de salud de una persona fallecida podrá revelarse a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que dichos profesionales puedan desempeñar sus funciones.

Usos y revelaciones para fines de recaudación de fondos y mercadotecnia

El Plan no utiliza su información de salud para fines de recaudación de fondos ni para mercadotecnia y no vende su información de salud protegida.

Cualquier otro uso y revelación requiere su autorización expresa por escrito

Los usos y revelaciones de su información de salud distintos a los descritos anteriormente o permitidos por la ley federal de privacidad de salud se realizarán únicamente con su autorización expresa por escrito. También se requiere su autorización por escrito para la mayoría de los usos o revelaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda). Usted podrá revocar su autorización por escrito. Si lo hace, el Plan no utilizará ni revelará la información sobre su salud prevista en la autorización revocada, salvo en la medida en que el Plan ya se haya acogido a su autorización.

Una vez que su información de salud haya sido revelada de conformidad con su autorización, es posible que las garantías de la ley federal de privacidad de la salud dejen de aplicarse a la información de salud ya revelada, y que dicha información pueda ser revelada nuevamente por el destinatario sin el conocimiento o autorización de usted o del Plan.

Sus derechos con respecto a la información sobre su salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud que el Plan crea, recibe y mantiene. Si usted debe presentar una solicitud por escrito relacionada con estos derechos, como se describe a continuación, debe dirigir dicha solicitud a:

Privacy Officer
2420 Old Ivy Road
P.O. Box 400127
Charlottesville, VA 22904-4127

Derecho a inspeccionar y copiar información de salud

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información sobre su salud que el Plan mantiene en sus archivos. Esto incluye, entre otros datos, información de salud sobre elegibilidad para su plan, coberturas de los planes, registros de reclamaciones y registros de facturación.

Para inspeccionar y copiar la información de salud mantenida por el Plan, presente una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. El Plan podrá cobrar una tarifa por el costo de copiar y/o enviar por correo la información de salud que usted ha solicitado. En casos limitados, el Plan podrá negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si eso ocurre, el Plan le informará por escrito. Además, en determinadas circunstancias, si se le niega el acceso a su información de salud, usted puede solicitar una revisión de la denegación.

Si se concede su solicitud de acceso, entonces el Plan le concederá acceso a su información de salud en la forma y formato que haya solicitado, si es fácilmente reproducible en dicha forma o formato; si no es



fácilmente producible, entonces el acceso se concederá en una modalidad y formato mutuamente acordados.

Derecho a solicitar que se modifique su información de salud

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan modifique su información de salud si cree que la información es incorrecta o está incompleta.

Para solicitar una enmienda, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. En esta solicitud se debe indicar los motivos que respaldan su solicitud. El Plan podrá rechazar su solicitud si usted ha solicitado modificar información que:

- No haya sido creada por, o para el Plan, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para realizar la enmienda;
- No sea parte de su información de salud mantenida por, o para el Plan;
- No sea parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Sea precisa y completa.

El Plan le notificará por escrito si acepta o rechaza su solicitud de modificación de su información de salud. Si el Plan rechaza su solicitud, le explicará cómo puede continuar con la enmienda denegada.

Derecho a una contabilidad de revelaciones

Usted tiene derecho a recibir un informe por escrito de las revelaciones, que es una lista de ciertas revelaciones de su información de salud por parte del Plan a otras personas. Generalmente, las siguientes revelaciones no forman parte de una contabilidad: revelaciones que hayan ocurrido antes del 14 de abril de 2003; revelaciones para tratamiento, pagos u operaciones de atención de la salud; revelaciones realizadas a, o autorizadas por usted; y ciertas otras revelaciones. La contabilidad cubre hasta seis años antes de la fecha de su solicitud (pero no las revelaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003).

Para solicitar una contabilidad de las revelaciones, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. Si desea una contabilidad que cubra un período de menos de seis años, indíquelo en su solicitud por escrito de una contabilidad. La primera contabilidad que usted solicite dentro de un plazo de doce meses será gratuita. Para contabilidades adicionales en un período de doce meses, el Plan podrá cobrarle el costo de proporcionar la contabilidad. Sin embargo, el Plan le notificará el costo que implica tal solicitud, antes de procesar la contabilidad para que pueda decidir si retira o modifica su solicitud antes de incurrir en costos.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre su información de atención de la salud que el Plan utilice o revele sobre su persona para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información de su salud que el Plan revele a una persona que participe en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. El Plan no está obligado a aceptar su solicitud de dichas restricciones, y el Plan podrá rescindir su acuerdo con las restricciones que usted haya solicitado.

Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad en la que se explique qué información usted desea limitar y cómo y/o a quién le gustaría que se aplicaran los límites. El Plan le notificará por escrito si acepta su solicitud de restricciones. Para restringir el acceso a su información de salud en línea por parte del suscriptor (titular) de su póliza de salud, comuníquese con Servicio al Cliente de UCCI al 1-866-215-2354.



Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o comunicaciones por medios alternativos o en una ubicación alternativa

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan le comunique su información de salud de forma confidencial por medios alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, usted puede solicitar que el Plan solo se comunique con usted en el trabajo o por correo, o que el Plan le brinde acceso a su información de salud en una ubicación específica y razonable.

Para solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad. Su solicitud por escrito debe indicar los motivos de su solicitud y el medio alternativo o el lugar en el que le gustaría recibir su información de salud. Si corresponde, su solicitud debe indicar que la revelación de la totalidad de, o una parte de su información de salud mediante comunicaciones no confidenciales podría ponerle en peligro a usted. El Plan atenderá las solicitudes razonables y le notificará adecuadamente.

Derecho a presentar un reclamo

Usted tiene derecho a presentar un reclamo ante el Plan y/o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si cree que se han infringido sus derechos de privacidad. Para presentar un reclamo ante el Plan, envíe un reclamo por escrito al Funcionario de privacidad mencionado anteriormente.

Usted no sufrirá represalias ni discriminación y no se le negarán servicios, pagos, beneficios o privilegios por presentar un reclamo ante el Plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Para realizar dicha solicitud, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad mencionado anteriormente.

Cambios en las Políticas de Privacidad del Plan

El Plan se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y hacer que las nuevas prácticas sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene, incluyendo su información de salud protegida que haya creado o recibido antes de la fecha de vigencia de la modificación y la información de salud protegida que *usted pueda* recibir en el futuro. Si el Plan cambia materialmente cualquiera de sus prácticas de privacidad, cubiertas por este Aviso, este revisará su Aviso y le proporcionará el Aviso revisado en el próximo envío postal anual. Además, se pondrán a su disposición copias del Aviso revisado, si las solicita por escrito, y cualquier aviso revisado estará disponible en el sitio web del Plan, <https://hr.virginia.edu>.

Información de salud protegida

Esta sección describe los procedimientos administrativos utilizados para implementar el compromiso del Plan de Salud de la Universidad de Virginia y el Plan Dental de la Universidad de Virginia (denominados colectivamente en esta sección el "Plan") con la privacidad de la información de salud protegida.



Sección 1.1 Uso y revelación de información de salud protegida

El Plan utilizará Información de salud protegida en la medida, y de conformidad con los usos y revelaciones permitidos por la HIPAA, según lo establecido en las Regulaciones de privacidad. Específicamente, el Plan utilizará y revelará Información de salud protegida para fines relacionados con tratamientos de la salud, el pago de la atención de la salud y las operaciones de atención de la salud.

- a. Las "Operaciones de atención de la salud", según se definen en 45 CFR § 164.501, con sus enmiendas, generalmente incluyen, entre otras, las siguientes actividades realizadas por, o en nombre del Plan:
 1. Evaluación de la calidad;
 2. Actividades que se realizan en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención de la salud, el desarrollo de protocolos, la gerencia de casos y la coordinación de la atención, la gestión de enfermedades o el contacto con proveedores de atención de la salud y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento y funciones relacionadas;
 3. Calificar el desempeño del proveedor y del Plan, incluyendo las actividades de acreditación, certificación, autorización o credencialización;
 4. Suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud, y la cesión, obtención o colocación de un contrato de reaseguro de riesgo relacionado con reclamaciones de atención de la salud (incluyendo seguro de punto máximo de pérdidas y seguro de exceso de pérdidas);
 5. Realizar u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo programas de cumplimiento y detección de fraude y abuso;
 6. Planificación y desarrollo empresarial, como la realización de análisis de gestión de costos relacionados con la planificación y relacionados con la gestión y operación del Plan, incluyendo el desarrollo y administración de formularios, el desarrollo o mejora de métodos de pago o políticas de cobertura;
 7. Gerencia empresarial y actividades administrativas generales del Plan, incluyendo, entre otras: actividades de gerencia relacionadas con la implementación y cumplimiento de los requisitos de simplificación administrativa de HIPAA; servicio al cliente, incluyendo el suministro de análisis de datos para asegurados, patrocinadores de planes u otros clientes; resolución de quejas internas; diligencia debida en relación con la venta o transferencia de activos a un posible sucesor en intereses, si el posible sucesor en intereses es una "entidad cubierta" según HIPAA o, una vez materializada la venta o transferencia, pase a ser una entidad cubierta; y cualquier otra actividad considerada como actividad de "operación de atención de la salud" de conformidad con 45 CFR § 164.501.
- b. Las actividades de "pago", según se definen en 45 CFR § 164.501, con sus enmiendas, generalmente incluyen, entre otras, actividades realizadas por el Plan para obtener primas o determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de los beneficios del Plan que se relacionan con una persona a quien se le brinda atención de la salud. Estas actividades incluyen, entre otras, las siguientes:
 1. Determinación de elegibilidad, cobertura y montos de costos compartidos (por ejemplo, costo de un beneficio, máximos del Plan y copagos según se determine para la reclamación de una persona);
 2. Coordinación de beneficios;



3. Adjudicación de reclamaciones de beneficios de salud (incluyendo apelaciones y otras disputas de pago);
4. Subrogación de reclamaciones de beneficios de salud;
5. Establecimiento de contribuciones de empleados elegibles;
6. Montos de ajuste de riesgo adeudados en función del estatus de salud y las características demográficas del Empleado elegible;
7. Actividades de facturación, cobro y procesamiento de datos de salud relacionados;
8. Gerencia de reclamaciones y procesamiento de datos de atención de la salud relacionados, incluyendo la auditoría de pagos, la investigación y resolución de disputas de pagos y la respuesta a las consultas de un Empleado elegible en relación con pagos;
9. Obtener pagos en virtud de un contrato de reaseguro (incluyendo el seguro de limitación de pérdidas y exceso de pérdida);
10. Revisiones de necesidades médicas o revisiones de idoneidad de la atención o justificación de los cargos;
11. Revisión de la utilización, incluyendo la precertificación, la preautorización, la revisión concurrente y la revisión retrospectiva;
12. Revelación a agencias de informes del consumidor relacionada con el cobro de primas o reembolsos (la siguiente Información de salud protegida podrá revelarse para fines de pagos: nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor y/o plan de salud);
13. Reembolso al Plan; y
14. Cualquier otra actividad considerada como actividad de "pago" de conformidad con 45 CFR § 164.501.

Sección 1.2 Revelaciones del Plan al Empleador

El Plan podrá:

- a. Revelar información resumida de salud al Empleador, si el Empleador solicita la Información resumida de salud con el fin de: obtener ofertas de primas de planes de salud para brindar cobertura de seguro de salud según el Plan; o modificar, enmendar o rescindir el Plan. Para los fines de esta Sección, "Información resumida de salud" se define en 45 CFR § 164.504(a), con sus enmiendas, que generalmente es información que puede ser información de salud que podría permitir conocer la identidad de una persona, y:
 1. Que resuma el historial de reclamaciones, los gastos de reclamaciones o el tipo de reclamaciones experimentados por las personas a quienes el Empleador les ha proporcionado beneficios de salud en el marco de un plan de salud grupal; y
 2. De la cual se haya eliminado la información descrita en § 164.514(b)(2)(i) del Reglamento de Privacidad, excepto que a la información geográfica descrita en § 164.514(b)(2)(i)(B) de las Regulaciones de Privacidad solo necesitan agregarse al nivel de un código zip de cinco dígitos.
- b. Revelar al Empleador información sobre si una persona participa en el Plan, o está inscrita, o ha suspendido su inscripción en un emisor de seguros de salud o HMO ofrecido por el Plan.



- c. Revelar Información de salud protegida al Empleador para realizar las funciones de administración del Plan que realiza el Empleador, de conformidad con las disposiciones de las Secciones 1.5 a 1.7 de este Artículo.
- d. Con autorización de la Persona cubierta, revelar Información de salud protegida al Empleador para fines relacionados con la administración de otros planes de beneficios para empleados y beneficios complementarios patrocinados por el Empleador.
- e. No permitir que un emisor de seguros de salud o HMO con respecto al Plan revele Información de salud protegida al Empleador, excepto según lo permitido por esta Sección.
- f. No revelar (y no permitir que un emisor de seguros de salud o HMO revele) Información de salud protegida al Empleador según lo permita esta Sección, a menos que se incluya una declaración en el aviso de prácticas de privacidad del Plan en el sentido de que el Plan (o un emisor de seguros de salud o HMO con respecto al Plan) pueda revelar Información de salud protegida al Empleador.
- g. No revelar Información de salud protegida al Empleador para acciones o decisiones relacionadas con el empleo o en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Empleador.

Sección 1.3 Usos y revelaciones por parte del empleador

El Empleador solo puede usar y revelar Información de salud protegida según lo permita y requiera el Plan, según lo establecido en este Artículo. Dichos usos y revelaciones permitidos y obligatorios no pueden ser incompatibles con las disposiciones de la HIPAA. El Empleador podrá usar y revelar Información de salud protegida sin autorización de una Persona cubierta para las funciones administrativas del Plan, incluyendo actividades de pago y Operaciones de atención de la salud. Además, el Empleador también puede usar y revelar Información de salud protegida para lograr el propósito para el cual se realice adecuadamente cualquier revelación, de conformidad con la Sección 1.4.

Sección 1.4 Certificación

El Plan podrá revelar Información de salud protegida al Empleador solo cuando reciba una certificación del Empleador en el sentido de que los documentos del Plan han sido modificados de modo que incorporen las disposiciones previstas en esta Sección y siempre que el Empleador acepte las disposiciones allí establecidas.

Sección 1.5 Condiciones acordadas por el empleador

El Empleador se compromete a:

- a. No utilizar ni revelar información de salud protegida, salvo lo permitido o exigido por el documento del Plan o lo exigido por la ley.
- b. Garantizar que cualquier agente, incluyendo un subcontratista, a quien el Empleador proporcione Información de salud protegida recibida del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Empleador con respecto a dicha Información de salud protegida, y que dichos agentes o los subcontratistas acuerden implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger cualquier Información de salud electrónica protegida perteneciente al Plan que el Empleador haya proporcionado.
- c. No utilizar ni revelar información de salud protegida para acciones y decisiones relacionadas con el empleo, a menos que lo autorice una persona.



- d. No utilizar ni revelar Información de salud protegida en relación con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Empleador, a menos que lo autorice una Persona.
- e. Informar al Plan sobre cualquier uso o revelación de Información de salud protegida que no se corresponda con los usos o revelaciones previstos en este Artículo, o sobre cualquier Incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- f. Poner información de salud protegida a disposición de una Persona de conformidad con los requisitos de acceso de la HIPAA, con arreglo a 45 CFR § 164.524.
- g. Hacer que la Información de salud protegida esté disponible para su modificación e incorporar cualquier modificación a la Información de salud protegida de conformidad con 45 CFR § 164.526.
- h. Poner a disposición la información requerida para proporcionar una contabilidad de las revelaciones de conformidad con 45 CFR § 164.528.
- i. Poner a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos las prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y revelación de la Información de salud protegida recibida del Plan con el fin de determinar el cumplimiento del Plan con la HIPAA.
- j. Si es posible, devolver o destruir toda la Información de salud protegida recibida del Plan que el Empleador aún mantenga en cualquier forma, y no conservar copias de dicha Información de salud protegida cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se realizó la revelación (o si la devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y revelaciones adicionales a aquellos fines para los que la devolución o destrucción no sea factible).
- k. Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información de salud electrónica protegida que cree, reciba, mantenga o transmita en nombre del Plan.
- l. Garantizar que la separación y los requisitos de las Secciones 7.09, 7.10 y 7.11 del Plan estén respaldados por medidas de seguridad razonables y apropiadas.

Sección 1.6 Separación adecuada entre el Plan y el Empleador

De conformidad con la HIPAA, solo los siguientes empleados o clases de empleados pueden tener acceso a información de salud protegida: Equipo de Servicio de UHR, Analista Financiero, Gerente de Programa de Beneficios, Gerente de Bienestar, Gerente de Cumplimiento de Total Rewards, Director de Total Rewards, Ombudsman (*Defensor de los pacientes*).

Sección 1.7 Limitaciones del acceso y revelación

Las personas descritas en la Sección 1.6 de este Artículo solo podrán tener acceso, utilizar y revelar Información de salud protegida para las funciones de administración del Plan que el Empleador realiza para el Plan.

Sección 1.8 Incumplimiento

Si las personas o clases de personas descritas en la Sección 1.6 de este Artículo no cumplen con este documento del Plan, el Plan y el Empleador deberán proporcionar un mecanismo para resolver asuntos de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.



Sección 1.9 Definiciones

Cuando la letra inicial de una palabra o frase esté en mayúscula en este Artículo, el significado de dicha palabra o frase será el siguiente:

- a. "Información de salud electrónica protegida" o "E PHI" significa "información de salud electrónica protegida" según se define en 45 CFR § 160.103; que, generalmente, significa Información de salud protegida que se transmite o se mantiene en medios electrónicos. Para estos fines, "medios electrónicos" significa: (i) medios de almacenamiento electrónico, incluyendo dispositivos de memoria en computadoras (discos duros) y cualquier medio de memoria digital extraíble/transportable, como cinta o disco magnético, disco óptico o tarjeta de memoria digital; o (ii) medios de transmisión utilizados para intercambiar información que ya se encuentra en medios de almacenamiento electrónico (por ejemplo, Internet, extranet, líneas arrendadas, líneas de acceso telefónico, redes privadas y el movimiento físico de medios de almacenamiento electrónicos extraíbles/transportables).
- b. "Regulaciones de Privacidad" significa las regulaciones bajo los Estándares para la Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (45 CFR Partes 160 y 164, con sus enmiendas).
- c. "Información de salud protegida" significa "información de salud protegida", según se define en 45 CFR § 160.103, que generalmente significa información (incluyendo información demográfica) que (i) identifique a una Persona (o con respecto a la cual exista una base razonable para creer que la información podría usarse para identificar a una persona), (ii) sea creada o recibida por un proveedor de atención de la salud, un plan de salud o una cámara de compensación de atención de la salud, y (iii) se relacione con el estado físico o con la salud o afección mental de una persona en el pasado, el presente o el futuro; la prestación de atención de la salud a una persona; o los Pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de atención de la salud a una Persona. Para los fines de este Plan, la Información de salud protegida solo incluirá información relacionada con una Característica de beneficio: (1) que proporcione beneficios de atención médica (incluyendo cobertura médica, dental, oftalmológica, de atención a largo plazo u otra cobertura que afecte a cualquier estructura del cuerpo) que esté sujeta a las Regulaciones de Privacidad; y (2) que esté sin seguro o con seguro y proporcione información de salud protegida a la Compañía o al Empleador.
- d. "Incidente de seguridad" significa "incidente de seguridad" según se define en 45 CFR § 164.304; que, generalmente, significa el intento de acceso o acceso no autorizado, o el uso, revelación, modificación o destrucción de información o interferencia con las operaciones del sistema en un sistema de información.
- e. "Regulaciones de seguridad" significa las regulaciones bajo las Normas de seguridad para la protección de información médica protegida electrónica (45 CFR Apartes 160 y 164, con sus enmiendas).

