



Universal HealthShare Thrive

Directrices del Programa de Atención Médica Compartida

Si tiene alguna pregunta sobre su programa de atención médica de costos compartidos o sobre estas Directrices, llame al número de teléfono de Atención al Miembro de UHF que aparece en su tarjeta de membresía o póngase en contacto con customerservice@universalhealthfellowship.org. Nuestros representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. ET

TABLA DE CONTENIDOS

I.	Resumen del Ministerio y Compartición.....	3
II.	Tipos de Membresía y Participación.....	7
III.	Cualificaciones para Membresía y Requisitos	9
IV.	Derechos y Deberes de los Miembros.....	15
V.	Redes Médicas.....	16
VI.	Requisitos Generales de Compartir, Restricciones, Limitaciones y Máximos	17
VII.	Compartir Gastos Médicos	21
	TM	
VIII.	UHF / Curam Wellness Center	31
IX.	Telemedicina.....	31
X.	Condiciones Preexistentes y oTros Gastos No Elegibles.....	32
XI.	Notificación Previa, Certificación Previa y Segundas Opiniones	40
XII.	Varios.	42
XIII.	Apelaciones de Decisiones sobre Compartir y Resolución de Disputas	44
XIV.	Modificación de las Directrices de Compartir	45
XV.	Definiciones.....	45
XVI.	Avisos Legales.....	60

I. Resumen del Ministerio y Compartición

NOTA: Cuando en estas Directrices se utiliza un término en mayúsculas y no se define específicamente de otro modo, el término tiene el significado establecido en la Sección XV. Definiciones. Para mayor comodidad, las definiciones de ciertos términos en mayúsculas pueden incluirse en otras Secciones de estas Directrices, así como en la Sección XV. Los términos **"Nosotros"** y **"Nos"** o **"Nuestro(s)"** se utilizan a veces para referirse al ministerio religioso que comparte costos de atención médica de Universal Health Fellowship o a una parte o partes que actúan en nombre de los programas de Universal HealthShare, y los términos **"usted"** y **"su(s)"** se utilizan a veces para referirse a un Miembro potencial o participante de Universal HealthShare que lee o está sujeto a estas Directrices.

i. La Tradición Unitaria Universalista.

Universal HealthShare es el nombre del programa del ministerio religioso que comparte los costos de atención médica que mantiene Universal Health Fellowship, Inc. una organización religiosa sin fines de lucro que coordina las contribuciones voluntarias para compartir los gastos de cuidado de salud elegibles entre los miembros del programa unidos por su fe en las creencias y tradiciones éticas, morales y espirituales de la Iglesia Unitaria Universalista ("UU"). Este programa basado en la fe, se fundamenta en creencias éticas, espirituales y religiosas compartidas, y en tradiciones de ayuda comunitaria, asistencia al prójimo y compartición de cargas. El programa no comparte los gastos resultantes de ciertos comportamientos y elecciones de estilo de vida que comúnmente se reconoce que son perjudiciales para la salud personal, y ha sido diseñado específicamente para personas que aprecian y respetan la bendición de la buena salud y se comprometen a ayudarse a sí mismas y a los demás a mantenerse sanas. Los miembros comparten entre sí las necesidades médicas que cualifican, y Universal HealthShare simplemente sirve para facilitar y coordinar esta compartición, dirigiendo las contribuciones de los miembros a otras personas del programa con necesidades elegibles.

El movimiento y la fe UU se construyeron sobre la creencia en la interconexión de todas las cosas y en un objetivo general de inclusión religiosa y creación de comunidad, en lugar de exclusión y un individualismo aislacionista. Estas creencias y objetivos no han conocido fronteras internacionales, pero no se puede negar que muchos aspectos de la religión UU han estado singularmente influidos por su crecimiento y desarrollo en Estados Unidos. Y no es de extrañar que la fe y las tradiciones estadounidenses hayan sido acogidas en Estados Unidos con más facilidad que en cualquier otra parte del mundo, incluso por muchas de las mentes académicas, artísticas, científicas, inventivas y políticas más brillantes de los últimos 250 años. Entre muchos otros, los siguientes grandes estadounidenses son sólo algunos de los hombres y mujeres famosos e históricamente significativos cuyas vidas fueron moldeadas por su fe en los principios fundamentales de la ética UU:

<u>Cinco Presidentes de Estados Unidos:</u> • John Adams; • Thomas Jefferson; • John Quincy Adams; • Millard Fillmore; y • William Howard Taft.	<u>Cinco Jueces del Tribunal Supremo de EE.UU.:</u> • Harold Hitz Burton; • William Cushing; • Oliver Wendell Holmes, Jr.; • Samuel Freeman Miller; y • Joseph Story.
<u>Diez Senadores de EE.UU.:</u> • John C. Calhoun (Carolina del Sur); • Joseph S. Clark (Pensilvania); • William Cohen (Maine); • Kent Conrad (Dakota del Norte); • Paul Douglas (Illinois); • Mike Gravel (Alaska); • Roman Hruska (Nebraska); • Maurine Neuberger (Oregon); • Bob Packwood (Oregon); y • Leverett Saltonstall (Massachusetts).	<u>Siete Premios Nobel:</u> • Emily Greene Balch (Paz); • John Bardeen (Física); • Clara Barton (organizadora de la Cruz Roja Americana); • David Hubel (Medicina); • Robert Millikan (Física); • Linus Pauling (Paz y Física); • Herbert A. Simon (Economía); y • George Wald (Medicina).
<u>Innumerables Autores, Músicos, Inventores y Visionarios:</u> Susan B. Anthony (Reformadora Social y Activista por los Derechos de la Mujer); Phineas Taylor Barnum (Hombre del Espectáculo y Empresario); Tim Berners-Lee (Inventor de la World Wide Web); Ray Bradbury (Autor); E. E. Cummings (Poeta); Ralph Waldo Emerson (Filósofo, Autor y Poeta); Buckminster Fuller (Inventor/Ingeniero); Herman Melville (Autor); Paul Newman (Actor/Director); Sylvia Plath (Poeta); Christopher Reeve (Actor); Paul Revere (Platero y Revolucionario Americano); Pete Seeger (Cantautor); Rod Serling (Productor de Televisión y Escritor); Kurt Vonnegut (Autor); Daniel Webster (Político y Editor); Frank Lloyd Wright (Arquitecto, Diseñador y Autor); N.C. Wyeth (Pintor); y Joanne Woodward (Actor).	

ii. **Los Siete Principios de la Alianza UU.**

Los miembros de Universal HealthShare están unidos como comunidad por su fe compartida, sus valores y un enfoque amplio e inclusivo hacia los demás, como se expresa en los siguientes Siete Principios que encarnan el pacto de los Unitarios Universalistas:

1er Principio: EL VALOR INHERENTE Y LA DIGNIDAD DE CADA PERSONA.

"... Creemos que todas las dimensiones de nuestro ser encierran el potencial de hacer el bien. ... Apreciamos tanto nuestros cuerpos como nuestras almas. Podemos utilizar nuestros dones ... para curar heridas, ... para nosotros mismos y para los demás". - citado de Reflections on the 1st Principle por la Rvda. Dra. Rebecca Ann Parker, ministra, teóloga y escritora.

2º Principio: JUSTICIA, EQUITAD Y COMPASIÓN EN LAS RELACIONES HUMANAS.

"La justicia, la equidad y la compasión en las relaciones humanas nos dirigen hacia algo más allá del valor y la dignidad inherentes. Nos remite a una comunidad más amplia. Se refiere a la responsabilidad colectiva. Nos recuerda que tratar a las personas como seres humanos no es algo que hagamos simplemente de uno en uno, sino algo que tiene implicaciones sistémicas y puede informar toda nuestra forma cultural de ser". -Citado de Reflections on the 2nd Principle por la Rvda. Emily Gage, Templo de la Unidad, Chicago, IL

3er Principio: ACEPTACIÓN MUTUA Y FOMENTO DEL CRECIMIENTO ESPIRITUAL EN NUESTRAS CONGREGACIONES.

"... Necesitamos almas capaces de asimilar el mundo en toda su complejidad y diversidad, y aun así mantener nuestra integridad. Y necesitamos almas que puedan amar y estar en relación con toda esta complejidad. En lugar de luchar o huir, necesitamos una postura espiritual de acogida". -Citado de Reflections on the 3rd Principle, por el Rvdo. Rob Hardies, All Souls Church Unitarian, Washington, DC

4º Principio: **LA BÚSQUEDA LIBRE Y RESPONSABLE DE LA VERDAD Y EL SENTIDO.**

"Como buscadores religiosos responsables, reconocemos que tenemos el privilegio de ser libres, de disponer de recursos para perseguir la vida más allá de la mera supervivencia, de buscar continuamente la verdad y el sentido, de existir más allá de las ataduras del dogma y la opresión, y de luchar libremente con la verdad y el sentido a medida que evolucionan. Este privilegio nos llama a no aislarnos y centrarnos en nosotros mismos, creyendo que nuestra única perspectiva triunfa sobre todas las demás, sino a ser humildes, a estar abiertos a los grandes misterios de la verdad y el significado que la vida ofrece. Y esos misterios pueden hablarnos a través de nuestra propia intuición y experiencia, pero también a través de la tradición, la comunidad... y las relaciones. Como tradición de fe, el Universalismo Unitario hace sagrado el derecho y la responsabilidad de comprometerse en esta búsqueda libre y responsable como un acto de devoción religiosa". -citado de Reflections on the 4th Principle por la Rvda. Paige Getty, Congregación UU de Columbia, Maryland

5º Principio: **EL DERECHO A LA CONCIENCIA Y EL USO DEL PROCESO DEMOCRÁTICO EN NUESTRAS CONGREGACIONES Y EN LA SOCIEDAD EN GENERAL.**

"En nuestras vidas religiosas, el proceso democrático requiere confianza en el desarrollo de cada conciencia individual, la creencia de que ese desarrollo es posible para cada uno de nosotros, así como el compromiso de cultivar nuestra propia conciencia. Podríamos llamarlo compromiso con el valor de cada persona. En palabras de Theodore Parker, "Democracia no significa "Yo soy tan bueno como tú", sino "Tú eres tan bueno como yo". "Mi conexión con lo sagrado es tan valiosa como mi voluntad de reconocer la misma conexión en los demás". -citado de Reflections on the 5th Principle por la Rvda. Parisa Parsa, directora ejecutiva del Proyecto Conversaciones Públicas

6º Principio: **EL OBJETIVO DE UNA COMUNIDAD MUNDIAL CON PAZ, LIBERTAD Y JUSTICIA PARA TODOS.**

"El sexto Principio parece extravagante en su esperanza e improbable en sus perspectivas. ... Por ingenuo o imposible que parezca, no estoy dispuesto a renunciar a él. ... Quiero que creamos —y vivamos como si creyéramos— que es posible una comunidad mundial con paz, libertad y justicia para todos. No hay garantías de que lo consigamos, pero puedo asegurarles que nos mejoraremos a nosotros mismos y mejoraremos el mundo al intentarlo". -citado de Reflections on the 6th Principle por el Rvdo. Sean Parker Dennison, Congregación Three of Life, McHenry, IL

7º Principio: **RESPECTO POR LA RED INTERDEPENDIENTE DE TODA LA EXISTENCIA DE LA QUE FORMAMOS PARTE.**

"Nuestro séptimo Principio, el respeto por la red interdependiente de toda existencia, es una declaración gloriosa. Es nuestra respuesta a los grandes peligros tanto del individualismo como de la opresión. Es nuestra solución al aparente conflicto entre el individuo y el grupo. Nuestro séptimo Principio puede ser nuestra forma Unitaria Universalista de llegar a abrazar plenamente algo más grande que nosotros mismos. La red interdependiente -expresada como el espíritu de la vida, la base de todo ser, la unidad de toda existencia, el poder formador de comunidades, el proceso de la vida, la fuerza creativa, incluso Dios- puede ayudarnos a desarrollar esa comprensión social de nosotros mismos que tanto necesitamos nosotros y nuestra cultura. Es una fuente de sentido a la que podemos dedicar nuestra vida". -Citado de Reflections on the 7th Principle, por el Rvdo. Forrest Gilmore, Director Ejecutivo del Centro Comunitario Shalom, Bloomington, IN

De las seis categorías principales de fuentes que las congregaciones UU afirman y promueven, una en particular es la más relevante para las creencias que unen e impulsan a la comunidad de Universal HealthShare: Las **"enseñanzas Judías y Cristianas que nos llaman a responder al amor de Dios amando a nuestro prójimo como a nosotros mismos"**. Sólo superado por el mandamiento de "amarás al Señor tu Dios", el mayor mandamiento según

las enseñanzas tanto Judías como Cristianas son claramente la Regla de Oro, que ha sido enunciada y mencionada de diferentes maneras:

- **Levítico 19:16** - *"No te quedes de brazos cruzados ante la sangre de tu prójimo".*
- **Levítico 19:18** - *"Ama a tu prójimo como a ti mismo".*
- **Mateo 7:12** - *"Todo lo que deseen que los demás hagan por ustedes, háganlo por ellos. Este es el sentido de la Ley de Moisés y de la enseñanza de los profetas".*
- **Mateo 10:8** - *"Curen a los enfermos (...) Ustedes han recibido gratuitamente, den también gratuitamente".*
- **Mateo 22:37-40** - Respondiendo a la pregunta de los fariseos: "¿Cuál es el mandamiento más importante de la Ley?", Jesús dijo: *"Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma y con toda tu mente. Este es el gran y primer mandamiento. Y el segundo es semejante: Amarás a tu prójimo como a ti mismo . De estos dos mandamientos dependen toda la Ley y los Profetas".*
- **Lucas 10:30-37** - En referencia al mandamiento de *"amarás a tu prójimo como a ti mismo"*, un experto en leyes religiosas preguntó a Jesús: *"¿Y quién es mi Prójimo?"* Jesús, después de contar la historia del samaritano que se detuvo a socorrer a un hombre que había sido robado, despojado, golpeado y dado por muerto, después de que otros dos viajeros acabaran de pasar de largo, preguntó al experto: *"De estos tres hombres, ¿quién crees que era prójimo del hombre [herido]?"* . Cuando el experto dijo: *"El que tuvo la amabilidad de ayudarlo"* . Jesús le dijo: *"¡Ve e imita su ejemplo!"*.
- **Romanos 15:1** - *"Así que, los que somos fuertes debemos sobrellevar las flaquezas de los débiles, y no agradarnos a nosotros mismos."*
- **1 Corintios 10:24** - *"Que nadie busque su propio bienestar, sino el del prójimo".*
- **Gálatas 6:2** - *"Ayudaos mutuamente a llevar vuestras cargas..."*
- **Gálatas 6:10** - *"Así que, mientras tengamos oportunidad, hagamos bien a todos, y especialmente a los de la familia de la fe."*
- **Filipenses 2:4** - *"No os preocupéis sólo de vuestros intereses personales, sino también de los intereses de los demás."*
- **Tractate Shabbos 31a** -- Una historia del Talmud cuenta que un gentil se acercó a Rabi Hillel y le dijo que se convertiría al judaísmo si el Rabi podía enseñarle toda la Torá (la Biblia Hebrea o "Antiguo Testamento") parado en un pie, a lo que Hillel respondió citando la Regla de Oro y diciendo *"Esta es toda la Torá, el resto es comentario. Ve a aprender"*.

Sea cual sea la forma en que se exprese, la Regla de Oro se basa en una ética de interdependencia y reciprocidad. No hay expresión más pura de esa ética que el programa Universal HealthShare, una comunidad religiosa de personas con ideas afines que comparten colectivamente la responsabilidad de la salud y las necesidades médicas de los demás como si fueran propias. El objetivo es mantener el cuerpo en forma, en la medida de lo posible, no sólo para nuestro propio beneficio individual, sino para poder beneficiar mejor a los demás.

iii. Finalidad de estas Directrices de Compartir.

Universal HealthShare utiliza estas directrices para distribuir las cotizaciones mensuales entre los miembros a su programa de reparto de gastos de salud. Las Directrices describen los tipos de gastos médicos que los miembros han acordado compartir entre ellos. Dado que Universal HealthShare no es una compañía de seguros, sino un ministerio religioso sin fines de lucro que comparte atención médica y que permite a sus miembros ayudarse mutuamente con sus necesidades médicas sin recurrir a un seguro, algunos de los términos y procedimientos utilizados en estas directrices son diferentes de los que probablemente esté acostumbrado a ver.

iv. Carácter Voluntario del Ministerio y de la Participación en el Programa de Atención Médica Compartida.

La decisión de convertirse en miembro de Universal HealthShare y compartir los gastos médicos de otros miembros es totalmente voluntaria. Del mismo modo, sus contribuciones mensuales son voluntarias y no reembolsables y se realizan para ayudar a otro miembro de Universal HealthShare con sus gastos de atención médica elegibles y para ayudar a cubrir los costos operativos y administrativos de Universal Health Fellowship, Inc.

Esto es muy diferente del seguro de enfermedad, que es un contrato por el que una aseguradora se hace legalmente responsable y acepta el riesgo de pérdida de alguien (es decir, sus facturas médicas), a cambio del pago de primas. En un programa de atención médica compartida del ministerio, los miembros comparten los gastos médicos de los demás simplemente porque así lo deciden, no por un contrato u obligación legal. Es importante destacar que hacer dichas contribuciones para compartir no crea un contrato u otro derecho legalmente exigible a recibir fondos para pagar sus propios gastos de asistencia médica. Todos los miembros asumen como una cuestión de fe, no de derecho, que los demás hagan contribuciones voluntarias para ayudar con sus propios gastos médicos. Ya sea que esperen o no recibir asistencia de otros miembros para cubrir gastos médicos, los miembros son pacientes de "auto-pago", lo que significa que siempre son responsables de manera individual por sus propios gastos médicos y conservan la responsabilidad final ante sus proveedores de atención médica para el pago de sus propias facturas.

Dado que Universal HealthShare no es una compañía de seguros y no se dedica al negocio de los seguros, el Ministerio no está autorizado ni registrado por los departamentos de seguros. Además, al no existir una póliza de seguro ni un "plazo de vigencia", no hay un periodo de afiliación definido. Los miembros pueden afiliarse cuando lo deseen, y su membresía se mantiene mientras sigan realizando las contribuciones voluntarias recomendadas y cumplan sus compromisos con el Ministerio y con los demás miembros.

Debido a la naturaleza voluntaria del ministerio religioso que comparte atención médica, no importa lo grande que sea el número de miembros de nuestro programa de compartición, seguiremos sujetos a los límites de los recursos disponibles para compartir en cualquier momento. Por este motivo, podemos rechazar la membresía o limitar la participación en el uso compartido de personas con condiciones médicas preexistentes y necesidades médicas activas o continuas relacionadas con dichas condiciones. Si no declináramos la membresía o la compartición en tales situaciones, aumentaría drásticamente la posibilidad de que los gastos inmediatos superaran nuestra capacidad de compartición.

II. Tipos de Membresía y Participación

La participación en Universal HealthShare puede adoptar tres formas diferentes:

i. Membresía de Costos Compartidos.

Los Miembros de Costos Compartidos son aquellos que desean participar regularmente cada mes aportando al menos la Contribución Mensual Voluntaria sugerida para compartir los gastos médicos de otro miembro. Los Miembros de Costos Compartidos, cuando tienen gastos médicos pueden presentarlos para que sean compartidos entre los demás miembros, de acuerdo con las Directrices de Compartir.

ii. Membresía Condicional.

Si un posible Miembro padece un problema de salud que puede mejorarse o eliminarse mediante un cambio de comportamiento, Universal HealthShare podrá aceptar a dicho solicitante de forma provisional, como Miembro Condicional, sujeto a un aumento del monto de la Contribución Mensual Voluntaria y a requisitos adicionales de membresía relacionados con la modificación de determinados comportamientos y la adopción de medidas razonables para mejorar o eliminar el problema de salud en cuestión. Del mismo modo, si un Miembro de Costos Compartidos existente desarrolla una condición de salud que puede ser mejorada o eliminada mediante un cambio de comportamiento, Universal HealthShare puede ejercer su discreción para cambiar el estatus de dicho miembro al de Miembro Condicional, sujeto a un aumento en la cantidad de la Contribución Mensual Voluntaria y los requisitos adicionales de Membresía relacionados con la modificación de ciertos

comportamientos y adoptar medidas razonables para mejorar o eliminar el estado de salud en cuestión. En ambos casos, se explicarán los términos y condiciones de la Membresía Condicional, y el miembro potencial o existente tendrá la oportunidad de aceptar dichos requisitos adicionales o de retirar su solicitud de membresía o cancelar su membresía existente, según proceda. Toda persona aceptada como para la Membresía como Fumador/Consumidor de Nicotina o padezca Obesidad será tratada automáticamente como Miembro Condicional.

iii. *Membresía Filantrópica.*

Los Miembros Filantrópicos contribuyen al Fondo de Ayuda Benéfica del Ministerio, en las ocasiones y en las cantidades que eligen, sólo para ayudar a otros miembros con sus gastos médicos, sin intención de presentar gastos médicos propios para compartir. La frecuencia y los montos de dichas contribuciones se dejan a la entera discreción del Miembro Filantrópico. El uso de dichas contribuciones está sujeto a la revisión y recomendación del Comité de Ayuda Benéfica, compuesto por Miembros Filantrópicos nombrados por la Junta Directiva de Universal Health Fellowship, Inc. o por su directivo de mayor rango. En circunstancias excepcionales, cuando las necesidades no sean elegibles o queden fuera de las limitaciones establecidas en estas Directrices, o superen los recursos disponibles, Universal HealthShare podrá decidir someter dichas necesidades a la consideración del Comité de Asistencia Benéfica. Si presentamos una Solicitud de Ayuda Benéfica que el Fondo de Ayuda Benéfica no es suficiente para atender o que no es aprobada por el Comité de Ayuda Benéfica, Universal HealthShare puede optar por pedir a los Miembros de Costos Compartidos que den por encima de su Cantidad Mensual estándar para ayudar con las necesidades en cuestión.

iv. *Se Excluyen Doce Estados y Cinco Territorios de EE.UU.*

En este momento, si reside en los Doce estados y cinco territorios de EE.UU. que se indican a continuación, no puede afiliarse a Universal HealthShare para compartir los gastos médicos. Estados: Alaska, California, Connecticut, Hawai, Illinois, Iowa, Maine, Maryland, Nuevo Hampshire, Pensilvania, Vermont y Estado de Washington. Territorios de EEUU: Samoa Americana. Guam, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico e Islas Vírgenes estadounidenses. Estos estados y territorios han aprobado normativas que restringen o comprometen los programas de intercambio para sus residentes o no están dentro de EE.UU. continental.

v. *Importante Entender - Mandatos Fiscales Estatales.*

Universal Health Fellowship, Inc. es un ministerio de asistencia de salud compartida (y "HCSM", por sus siglas en inglés) que ofrece los programas Universal HealthShare ("Programas de Atención Médica Compartida de UHS") para sus miembros. Es importante entender que los Programas de Atención Médica Compartida de UHS NO son SEGUROS y que existen diferencias significativas entre los programas de HCSM y los planes de seguro médico tradicionales. Estas diferencias se explican detalladamente en la Sección I.iv. de las presentes Directrices.

Los HCSM pueden ofrecer legalmente programas de reparto en todos los estados. Sin embargo, algunos estados han promulgado un mandato individual que obliga a los residentes a tener una cobertura de seguro médico esencial mínima (un "Mandato Individual") y una sanción económica para las personas que no tengan una cobertura de seguro médico cualificada o no puedan acogerse a una exención (una "Sanción Fiscal Estatal"). Algunos ejemplos son Massachusetts, Nueva Jersey, Rhode Island, Vermont y el Distrito de Columbia. En la mayoría de los estados con un mandato individual, existe una exención de la multa fiscal estatal que se aplica a los miembros de HCSM que cumplen requisitos específicos establecidos por el estado (una "Exención Estatal").

Es responsabilidad de cada individuo determinar: (1) si su estado de residencia tiene un Mandato Individual; (2) si están o podrían estar sujetos a una Sanción Fiscal Estatal; y (3) si tendrán o no derecho a una Exención Estatal si son miembros de un determinado programa de atención médica compartida de HCSM. Por favor entienda que ni Universal Health Fellowship, Inc. ni ninguno de sus afiliados o representantes pueden garantizar, representar o asegurar que la participación en cualquier Programa de Atención Médica Compartida de UHF satisfará los requisitos bajo las leyes de cualquier

estado en particular para poder acogerse a una Exención Estatal del Mandato Individual de ese Estado y evitar cualquier Multa Fiscal Estatal que pudiera imponerse si no se aplica una Exención Estatal.

III. Cualificaciones para Membresía y Requisitos

Para ser y seguir siendo Miembro Activo o Condicional de Universal HealthShare (en lo sucesivo denominados colectivamente "Miembros Activos" o "Miembros"), deberá satisfacer determinados criterios y requisitos, así como cumplir ciertas expectativas, tal y como se describe a continuación:

i. Fe y Creencias Compartidas.

Los miembros de Universal HealthShare comparten las facturas médicas de los demás basándose en su fe y creencias comunes que informan su forma de vivir y les motivan a prestar ayuda y apoyo a sus vecinos en tiempos de crisis y necesidad. **A diferencia de los seguros, que implican una transferencia del riesgo y obligaciones contractuales, el reparto de los gastos de atención de salud se basa en la fe y los valores comunitarios. Nuestros miembros comparten las cargas de los demás por elección propia, porque creen que es lo correcto y lo bueno y por un sentido de la obligación de naturaleza religiosa, moral o ética, no jurídica.** Del mismo modo que sentimos la obligación de ayudar al prójimo cuando lo necesita, también nos sentimos obligados a mantener nuestra propia salud para poder ayudar mejor a los demás y no sobrecargar innecesariamente los recursos de Universal HealthShare incurriendo en gastos médicos evitables. Por último, creemos que nuestras decisiones de salud y la satisfacción de nuestras necesidades de salud son personales y no deben girar en torno a dictados gubernamentales o empresas comerciales con fines de lucro. Nuestra Declaración de Fe y Creencias Compartidas es la siguiente:

- 1. Creemos en el valor inherente y la dignidad de cada persona, y que la felicidad, el crecimiento espiritual y el potencial de una persona para hacer el bien a sí misma y a los demás están inextricablemente ligados a su salud física, y que cada persona tiene el derecho fundamental a tomar sus propias decisiones de salud, en consulta con su familia, médicos y otros asesores elegidos, libres de interferencias gubernamentales.*
- 2. Creemos en la paz, la libertad, la justicia, la equidad y la compasión en las relaciones humanas, y en que nos mejoramos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea siempre que nos esforzamos por alcanzar ese objetivo, lo logremos o no en última instancia, y que esas cosas requieren no sólo un esfuerzo individual, sino colectivo, y el fomento de un verdadero sentido de comunidad que trascienda los límites familiares.*
- 3. Creemos en la importancia de respetar la red interdependiente de toda la existencia de la que formamos parte, y que reconocer esa interdependencia a nivel universal exige primero superar el individualismo y experimentar la interdependencia a nivel comunitario.*
- 4. Creemos en la importancia de estar abiertos a los grandes misterios de la vida, y que es un derecho y una responsabilidad sagrados buscar la verdad y el significado que hay detrás de esos misterios, y que el éxito de esa búsqueda requiere que no estemos aislados y centrados en nosotros mismos, sino que desarrollemos relaciones y conectemos con otras personas y permanezcamos abiertos a sus puntos de vista.*
- 5. Creemos que la forma más eficaz de fomentar el crecimiento espiritual, el respeto por la interdependencia de toda existencia y la búsqueda de la verdad y el sentido es participar en una comunidad construida sobre tradiciones compartidas que promueva la aceptación y el apoyo por y entre sus miembros.*

6. ***Creemos que tenemos un deber espiritual y ético para con nuestra familia y otros miembros de nuestra comunidad de tomar decisiones de vida responsables y saludables, como evitar alimentos, actividades y comportamientos que causen o agraven enfermedades, dolencias o lesiones.***
7. ***Creemos que es nuestro deber sagrado ayudar a los necesitados cuando tenemos la capacidad de hacerlo.***

Estas creencias constituyen la base espiritual, moral y ética de nuestra comunidad. Cada miembro debe suscribir esta Declaración de Fe y Creencias Compartidas, lo que se acreditará firmando y presentando una Solicitud de Membresía.

ii. Mantenimiento de un Estilo de Vida Saludable.

Los miembros reconocen la interconexión de la comunidad de Universal HealthShare y la obligación moral, ética y espiritual que tiene cada miembro de respetar y cuidar su bienestar físico y tomar decisiones de vida responsables y saludables para evitar ejercer una presión innecesaria sobre los recursos de Universal HealthShare que son compartidos por y entre todos los Miembros.

Para ser considerado Miembro Activo, debe presentar una Solicitud de Membresía debidamente completada, que incluya un historial médico detallado, y cumplir los requisitos de estilo de vida establecidos en estas Directrices, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Abstenerse del uso de tabaco o nicotina, en cualquier forma, fumar de cualquier tipo (por ejemplo, cigarrillos, puros, pipas, pipas de agua, narguiles, etc.) y cualquier tabaco o sustitutos para fumar (por ejemplo, cigarrillos de hierbas, cigarrillos electrónicos, atomizadores y dispositivos de vapeo de cualquier tipo, etc.). *Para ser elegible para convertirse en un Miembro de Costos Compartidos, los solicitantes deben dar fe de que se han abstenido del uso de tabaco, nicotina, fumar y sustitutos durante al menos los 12 meses anteriores a la fecha de su solicitud ; siempre que , sin embargo , un posible Miembro que sea Fumador/Usuario de Nicotina (según se define en este documento) pueda ser aceptado como Miembro Condicional si se compromete a dejar de fumar, sujeto a un aumento en el monto de la Contribución Mensual de Aportes y requisitos de Membresía adicionales relacionados con dejar de fumar.*
2. Abstenerse de consumir alcohol en exceso o abusar de él. *Para ser elegibles para la membresía, los solicitantes deben declarar que no han abusado del alcohol ni lo han consumido en exceso en ningún momento durante los 12 meses anteriores a la fecha de su solicitud.*
3. Evitar el uso indebido y el abuso de medicamentos de prescripción (es decir, utilizar o consumir medicamentos de prescripción de forma distinta a la específicamente indicada por el médico tratante, de cualquier manera que razonablemente pueda esperarse que cause daño corporal, dependencia o disfunción) y medicamentos de venta libre (es decir, utilizar o consumir medicamentos de venta libre de forma distinta a la específicamente indicada por el fabricante de acuerdo con las instrucciones de uso, de cualquier manera que razonablemente pueda esperarse que cause daño corporal, dependencia o disfunción). *Para convertirse en Miembro, los solicitantes deben declarar que no han hecho uso indebido ni han abusado de medicamentos legales, tales como medicamentos de prescripción o de venta libre, en ningún momento durante los 12 meses anteriores a la fecha de su solicitud.*
4. Abstenerse del uso de Drogas Ilegales incluyendo, sin limitación, opiáceos naturales o sintéticos, alucinógenos, barbitúricos, anfetaminas, cocaína, otros narcóticos. *Para ser elegibles para la membresía, los solicitantes deben atestiguar que no han consumido drogas ilegales en ningún momento durante los 12 meses anteriores a la fecha de su solicitud.*
5. Hacer ejercicio regularmente y comer alimentos sanos que no dañen el organismo.
6. Abstenerse de participar en actividades y comportamientos peligrosos que evidencien un desprecio deliberado por la salud y la seguridad personales.

Por mucho que crezca el ministerio, Universal HealthShare siempre se verá limitado por unos recursos finitos. Cualquier oportunidad de conservar esos recursos beneficia a todos los Miembros. Su historial médico detallado y las condiciones médicas existentes declaradas en su Solicitud de Membresía pueden ayudarnos a hacer recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida que podrían mejorar directamente su salud e indirectamente, al conservar los recursos, beneficiar a todos los Miembros. Si, en cualquier momento, se determina que el historial médico presentado por un Miembro de Costos Compartidos en la Solicitud de Membresía o en un cuestionario de historial médico adjunto es incompleto, inexacto o materialmente engañoso, se podrán emitir limitaciones de compartición adicionales o una declinación de afiliación retroactiva a su fecha efectiva, sin reembolso de ninguna de las Cuotas o Cuotas previamente pagadas por o en nombre del Miembro. Un Miembro que esté sujeto a cualquier limitación adicional de participación puede solicitar que se elimine dicha limitación si presenta pruebas médicas creíbles que Universal HealthShare, a su entera discreción, determine que respaldan y justifican dicha eliminación; siempre que, no obstante, dicha eliminación sea estrictamente proactiva y no retroactiva.

iii. Solicitud de Membresía.

Las personas que deseen participar en el Programa como Miembro de Costos Compartidos deberán presentar una Solicitud de Membresía debidamente completada y pagar una cuota de solicitud no reembolsable de \$75, así como las cuotas anuales o mensuales de membresía (de las que se habla en la Sección III.v., más adelante) correspondientes a su primer año de Membresía.

iv. Cuestionario de Salud.

Como requisito para activar su membresía al unirse a Universal HealthShare, se le pedirá que rellene un Cuestionario de Salud detallado para cada miembro del hogar dentro del Portal del Miembro de UHF. El Cuestionario de Salud debe completarse antes de que se considere el reembolso de cualquier solicitud de necesidades.

El Cuestionario de Salud es necesario porque determinadas afecciones preexistentes hacen que los gastos médicos de algunos miembros no estén sujetos a la compartición y que algunos tengan necesidades médicas más costosas o más frecuentes que otros. Nuestros programas de atención médica compartida deben adaptarse a ello. Por ejemplo, si padece enfermedades preexistentes que afectan a su salud, puede ser aceptado como miembro, pero sometido a un periodo de espera para determinadas comparticiones y/o se le puede pedir que pague una cuota voluntaria mensual más elevada que los miembros sin esas enfermedades. (Para más información, lea los apartados "Membresía Condicional" y "Mantenimiento de un Estilo de Vida Saludable").

La información que facilite en el Cuestionario de Salud, que será confidencial, debe ser completa y exacta, ya que se utiliza para determinar cualquier enfermedad preexistente que usted o un miembro de la unidad familiar puedan tener y que pueda afectar cómo se comparten sus gastos médicos. Usted no será elegible para compartir las necesidades médicas hasta que se haya completado el Cuestionario de Salud y sus condiciones preexistentes, si las hubiere, hayan sido reportadas y confirmadas.

Si se le acepta en el programa Universal HealthShare, recibirá una notificación de aceptación por escrito de Universal HealthShare en la que se especificará la fecha en la que entrará en vigencia su Membresía.

Para completar su Cuestionario de Salud de Universal HealthShare, inicie sesión en su Portal del Miembro de UHF y haga clic en "Cuestionario de Salud". El cuestionario debe completarse por cada persona de su hogar que esté incluida en el programa de atención médica compartida.

NOTA: El proceso de compartir Gastos Médicos se retrasará para cada miembro hasta que se rellene el Cuestionario de Salud.

v. Cuotas de Membresía de UHF.

Cuotas de membresía de Universal Health Fellowship de \$20 por Grupo Familiar del Miembro por mes (u otros montos que Universal Health Fellowship pueda establecer posteriormente de tanto en tanto), el primer mes que debe pagarse al momento de presentar la Solicitud de Membresía, y luego cada mes a partir de entonces junto con la Contribución Mensual Voluntaria. Su cuota de solicitud no será reembolsable, incluso si no es aceptado como miembro, independientemente del motivo.

vi. Contribución Mensual Voluntaria

Para seguir siendo Miembro Activo, además de pagar las Cuotas anuales o mensuales, debe realizar una Contribución Mensual Voluntaria por un monto igual o superior al recomendado por Universal HealthShare. Se aplicará un aumento de \$80 al mes sobre el monto estándar de la cuota mensual a todo Miembro que Fume / Use Nicotina.

(a) Determinación del Monto de la Contribución Mensual Voluntaria y Modificaciones.

La Cuota Mensual, que es independiente de las Cuotas Anuales o Mensuales y de cualquier otra Comisión, es la cantidad donada voluntariamente por usted cada mes para ayudar a pagar los Gastos Médicos Aprobados de otro Miembro y compensar los costos de administración del Programa; no obstante, las Cuotas Mensuales realizadas durante los dos primeros meses siguientes a su Fecha de Entrada en Vigencia y durante cada Mes de Aniversario posterior estarán sujetas a un tratamiento diferente y se utilizarán como se explica a continuación.

El monto de la Contribución Mensual Voluntaria recomendada por Universal HealthShare se determina para cada programa por mayoría de votos de la Junta Directiva y se basa en el monto histórico y actual de las necesidades de gastos médicos presentados para su compartición, el monto previsto de las necesidades de gastos médicos que se espera que se presenten para ser compartidos en el futuro, los costos de gerencia y administración del programa y el número de Miembros Activos que participan en el Programa. Se celebrará una votación consultiva anual de los Miembros para evaluar los cambios del Programa que puedan estar en estudio y la voluntad de los Miembros al respecto. La Contribución Mensual Voluntaria podrá revisarse al alza o a la baja según determine la Junta Directiva por mayoría de votos en respuesta a la votación consultiva o cuando consideremos necesario un ajuste por cualquier otro motivo. Se le notificará oportunamente cualquier ajuste de este tipo.

(b) Necesidades Asignadas y Dirección de las Contribuciones.

Cada mes se le asignarán uno o varios Gastos Médicos Aprobados específicos de otro u otros Miembros en los que compartir ("Necesidades Asignadas"). Mediante el envío de la Contribución Mensual Voluntaria, usted da instrucciones a Universal HealthShare para que destine su contribución a otro u otros miembros, tal y como se establece en las presentes directrices, que establecen las condiciones en las que se compartirán los Gastos Médicos Elegibles. Al participar en un Programa, usted acepta dichas condiciones como exigibles y vinculantes a efectos de la asignación de sus Contribuciones Mensuales Voluntarias, y reconoce y admite que Universal HealthShare es la autoridad final para la interpretación de estas Directrices.

Durante los dos primeros meses de membresía, el monto total de sus Contribuciones Mensuales Voluntarias se depositará directamente en una cuenta operativa mantenida por el Ministerio o en beneficio del mismo, para ser utilizada a discreción de Universal HealthShare para cualquier fin relacionado con el Ministerio. Después, Universal HealthShare le facilita los medios para que pueda donar la parte adecuada de su Contribución Mensual Voluntaria directamente a otro Miembro necesitado. Le cobraremos automáticamente la Contribución Mensual Voluntaria y la Cuota de Membresía de cada mes cinco días antes de la Fecha de Pago. **Fecha de Pago** : último día del mes en curso para el que se ha efectuado la Contribución Mensual Voluntaria de un Miembro o del Grupo Familiar del Miembro. Si su Contribución Mensual Voluntaria no se efectúa antes de que finalice el mes, su Membresía quedará inactivada, con efecto a partir de la Fecha de Pago. Consulte la Sección III.ix., a continuación, para obtener información detallada sobre cómo reactivar una Membresía que ha sido inactivada por no haber efectuado una Contribución Mensual Voluntaria antes de final de mes.

Los miembros practican la enseñanza: "Dad y se os dará". Los Miembros que participan regularmente enviando su Contribución Mensual Voluntaria y dirigiendo su pago a otro Miembro para su Necesidad Asignada tendrán sus Gastos Médicos Aprobados (si y/o cuando ocurran) asignados a Miembros activos para compartir de acuerdo con estas Directrices.

(c) Asignaciones para Gastos Administrativos.

A partir del tercer mes de membresía y todos los meses siguientes, salvo su Mes Aniversario, se asignará una cuota administrativa de su Contribución Mensual Voluntaria que se utilizará para ayudar a pagar o compensar los costos de manejo y administración del Programa. Del mismo modo, sus Cuotas Anuales y el monto total de su Contribución Mensual Voluntaria por cada Mes de Aniversario también serán utilizados por Universal HealthShare para ayudar a pagar o compensar los costos y gastos operativos y administrativos del Ministerio.

Los gastos administrativos generales fluctúan, y la parte de cada Contribución Mensual Voluntaria a los gastos administrativos puede revisarse según sea necesario en cualquier momento por mayoría de votos de la Junta Directiva de Universal HealthShare. Se le notificará oportunamente cualquier cambio de este tipo.

(d) Si las Contribuciones Mensuales Voluntarias disponibles son inferiores a los Gastos Médicos Aprobados.

En un momento dado, el monto total disponible de las Contribuciones Mensuales Voluntarias realizadas por los Miembros puede o no ser igual o superior al monto total de los Gastos Médicos Aprobados pendientes de pago de todos los Miembros. Si el total de Gastos Médicos Aprobados supera las Contribuciones Mensuales Voluntarias disponibles para hacer frente a dichas necesidades, se podrán tomar las siguientes medidas:

1. Podrá iniciarse una compartición prorrateada de los Gastos Médicos Elegibles en virtud del cual los miembros compartirán un porcentaje de los Gastos Médicos Elegibles pendientes ese mes y nosotros retendremos el saldo de dichos Gastos Médicos Elegibles para aprobarlo y compartirlo en el mes o meses siguientes.
2. Si el total de las Contribuciones Mensuales Voluntarias no es suficiente para hacer frente a los Gastos Médicos Elegibles pendientes durante tres meses de un cuatrimestre, el Consejo podrá aumentar los montos de las Contribuciones Mensuales Voluntarias sugeridas en proporción suficiente para satisfacer el nivel de Gastos Médicos Elegibles presentado. Este aumento puede ser temporal o permanente.

vii. Hijos y otros Dependientes.

(a) Hijos.

Un Menor, que es un Dependiente, puede participar con su padre(s) o tutor(es) legal(es) como parte del mismo Grupo Familiar del Miembro, siempre que reúna los requisitos legales y aparezca en todas las declaraciones de impuestos aplicables como dependiente de su padre(s) o tutor(es) legal(es). Los Hijos Adultos (mayores de 18 años) deben cumplir los mismos requisitos que se exigen a todos los Miembros adultos. Cuando un Hijo Menor de Edad Dependiente cumple 18 años, para poder seguir siendo Miembro como parte de la membresía del hogar de su padre(s), tanto el Hijo como el padre deben certificar que el Hijo entiende y cumple estos requisitos.

(b) Recién nacidos.

Una persona a cargo recién nacida podrá ser añadida como Miembro adicional en un Grupo Familiar de un Miembro previa notificación al Ministerio. Para evitar que las complicaciones en el parto se consideren Condiciones Preexistentes, el Miembro padre(s) debe notificar al Ministerio su intención de añadir al recién nacido como Miembro adicional en su Grupo Familiar del Miembro y comenzar a pagar las cuotas mensuales adicionales por ese hijo a partir del primer día del mes calendario que caiga al menos tres meses antes del mes de la Fecha Estimada de Parto del Miembro (tal y como se define en el presente documento). Si alguno de los padres de un recién nacido tiene cobertura de seguro a través de un empleador o de otro modo, entonces el recién nacido debe añadirse a su cobertura y no será elegible para ser añadido a un Programa de atención médica compartida de UHS. Si uno o ambos padres son Miembros de un programa de atención médica compartida

de UHS y ninguno de los PADRES tiene cobertura de seguro, entonces el recién nacido podrá ser incluido en el programa de atención médica compartida de UHS.

(c) Recién Adoptado.

Un Hijo recién adoptado puede añadirse como Dependiente a una membresía siempre que se cumplan todos los criterios médicos del programa para su aceptación. Dicha notificación de adopción, incluidos todos y cada uno de los historiales médicos o condiciones existentes, debe realizarse por escrito en un plazo de treinta días tras la finalización de la adopción. Dicha notificación es responsabilidad del Miembro de Costos Compartidos existente. Las condiciones médicas existentes declaradas para una persona a cargo pueden dar lugar a una denegación o a una limitación de los tipos de necesidades elegibles para compartir. En una situación en la que un Miembro de Costos Compartidos elige adoptar a un Niño con discapacidades conocidas, Universal HealthShare se reserva el derecho de no admitir al Niño como Miembro de Costos Compartidos o facilitar el compartir las facturas médicas del Niño. Los recursos disponibles para compartir a través de Universal HealthShare son limitados y normalmente se dispone de otros programas y fuentes de apoyo y asistencia, mejor equipados y más apropiados para satisfacer las necesidades médicas de los niños adoptados y discapacitados. Investigar, identificar y obtener dicho apoyo y asistencia es responsabilidad exclusiva de los padres adoptivos. Si se admite como Miembro de Costos Compartidos a un Hijo adoptivo, se considerará Condición Preexistente cualquier condición física que los padres adoptivos conocieran o tuvieran motivos para conocer que el Hijo Adoptivo padecía antes de que los padres adoptivos fueran legalmente responsables de los gastos del Hijo, o antes de la fecha efectiva de Membresía del Hijo.

(d) Nietos.

Un nieto puede participar como Miembro con su abuelo si (1) viven en la residencia de su abuelo; (2) su abuelo tiene la custodia legal; (3) cumplen las Directrices de Elegibilidad para niños; y (4) ninguna otra persona, grupo o entidad es responsable de sus facturas médicas.

(e) Adultos Dependientes.

Los Adultos Dependientes pueden tener un cargo adicional a su contribución mensual compartida para los programas de Miembro Principal e Hijo y para los programas Familiares, dependiendo del programa de UHS que el Miembro haya seleccionado.

viii. La Fecha de Entrada en Vigencia de su Membresía en el Programa de Atención Médica Compartida.

La "Fecha de Entrada en Vigencia" es la fecha de inicio de elegibilidad para compartir de su grupo familiar. Es el primer día en que los miembros de Universal HealthShare pueden empezar a ayudarlo con sus gastos médicos. Puede solicitar una Fecha de Entrada en Vigencia específica en su solicitud, pero no se le concede automáticamente, ya que primero deben cumplirse ciertos requisitos. Universal HealthShare le notificará por escrito una vez que se haya determinado su Fecha de Entrada en Vigencia. Los requisitos para determinar su Fecha de Entrada en Vigencia pueden incluir:

- La fecha que solicitó para la elegibilidad para compartir en su solicitud.
- Recepción puntual de la Cuota de Solicitud de Inscripción, la Contribución Mensual Voluntaria y cualquier otra cuota requerida.

Tenga en cuenta también que algunas necesidades médicas pueden estar sujetas a periodos de espera antes de ser elegibles para compartir. El documento Directrices del Programa contiene información detallada sobre los periodos de espera.

Su Fecha de Entrada en Vigencia también se convertirá en la fecha de aniversario de su programa de atención médica compartida. Si se introducen cambios en su programa de atención médica compartida, por ejemplo en los montos de las contribuciones, normalmente entrarán en vigencia en la fecha de su aniversario.

ix. Notificación de Intención de Terminar la Membresía.

Como ayuda a otros Miembros de Costos Compartidos, si desea poner fin a su participación en un Programa, debe enviarnos una notificación por escrito a través de correo electrónico o carta, y le pedimos que nos comunique el motivo por el que desea cancelar su membresía. Para evitar cargos adicionales, necesitamos recibir esta notificación al menos cinco días antes de la fecha de facturación del mes

en el que desea dejar de cotizar. Si su Membresía está inactiva durante menos de 60 días, podrá reactivarse el día del aniversario del mes después de que pague el monto de la Contribución Mensual Voluntaria y la cuota mensual de membresía del nuevo mes. Las necesidades contraídas después de la fecha de inactivación de un Miembro de Costos Compartidos y antes de la fecha de reactivación no son elegibles para compartir, incluso después de la reactivación de la membresía. Si su membresía ha estado inactiva durante más de 60 días y desea volver a ser miembro activo del Programa, deberá volver a solicitarla como nuevo candidato para que se evalúe su Membresía. La reactivación de la membresía otorga una nueva Fecha de Entrada en Vigencia a los Miembros de Costos Compartidos (es decir, no adelanta retroactivamente la Fecha de Entrada en Vigencia anterior). La Elegibilidad para compartir y la participación cesarán el primer día del mes en que cumpla 65 años.

IV. Derechos y Deberes de los Miembros

i. Derechos de los Miembros de Costos Compartidos

- a) Recibir un servicio considerado y cortés por parte de todos los empleados y representantes de Universal HealthShare;
- b) Recibir o tener acceso electrónico a información precisa sobre las Directrices del programa y la elegibilidad de las necesidades tanto en la literatura para miembros como cuando se está en contacto con Universal HealthShare;
- c) Que las Necesidades de Gastos Médicos sean procesadas con exactitud una vez que toda la documentación necesaria haya sido recibida por UHF;
- d) Que todos los historiales médicos y la información personal se traten de forma confidencial y de conformidad con las Normas de Privacidad;
- e) Estar informado sobre los profesionales de la salud y los proveedores que ofrecen servicios con descuento a los Miembros de Costos Compartidos, cuando proceda y esté disponible;
- f) Presentar un recurso cuando lo tenga, sin temor a prejuicios ni represalias; y
- g) Formular recomendaciones sobre las Directrices del Programa en el marco del proceso consultivo anual.

ii. Responsabilidades de los Miembros.

- a) Leer detenidamente todos los materiales de Universal HealthShare en cuanto los reciba o tenga acceso a ellos por Internet y hacer preguntas cuando sea necesario;
- b) Verificar y revisar periódicamente todas las modificaciones de las Directrices y la información relativa a las mismas que pueda publicarse en el sitio web de Universal HealthShare de vez en cuando y formular preguntas cuando sea necesario.
- c) Tomar responsabilidad personal de su atención médica y tomar decisiones con conocimiento de causa;
- d) Aprender a promover y proteger su propia salud y bienestar, alimentarse adecuadamente, hacer ejercicio y eliminar hábitos nocivos, factores de estrés y factores de riesgo que estén bajo su control.
- e) Buscar consejo médico cuando sea necesario, tomar las medidas necesarias para comprender el consejo médico que reciba y cualquier diagnóstico que se le dé, seguir el consejo médico que reciba y obtener la atención necesaria en el momento oportuno.
- f) Tomar las medidas necesarias para conocer los efectos en su organismo de cualquier enfermedad que se le diagnostique o padezca y cómo puede ayudar a gestionar y controlar la enfermedad.
- g) Siempre que sea posible, infórmese de los costos antes de recibir la atención, compare costos de los distintos proveedores y tome decisiones rentables sobre la atención que recibe.

- h) Estar informado sobre las políticas y prácticas de Universal HealthShare y seguirlas en beneficio de todos los Miembros de Costos Compartidos.
- i) Ser sincero sobre su estado de salud y facilitar toda la información pertinente a su médico, a sus familiares y a Universal HealthShare cuando sea necesario.
- j) Completar el Cuestionario de Salud obligatorio para determinar las enfermedades preexistentes que pueden quedar excluidas para compartir o estar sujetas a distintos niveles de compartir. **Todos los miembros del grupo familiar deben rellenar el Cuestionario de Salud.**

iii. Cambio de Programas.

Si desea cambiarse a otro programa de Universal HealthShare, aplicarán las siguientes condiciones:

- Mejora - puede cambiar a un programa de atención médica compartida con un monto menor no compartible (*lo que significa que tendría que pagar menos para que los gastos sean compartibles*) en cualquier momento a lo largo del año del programa. El cambio entrará en vigencia en la fecha del aniversario anual de la fecha de inicio efectiva de su programa original, siempre que la solicitud se reciba y documente al menos 60 días antes de la fecha del aniversario anual de la fecha de inicio efectiva de su programa original.
- Descenso de Categoría - puede cambiar a un programa de atención médica compartida con un monto mayor no compartible (*lo que significa que tendría que pagar más para que los gastos sean compartibles*) en cualquier momento a lo largo del año del programa. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes que comienza no menos de 60 días después de la fecha en que se reciba y documente su solicitud de cambio de programa.
- Todos los acumuladores de su programa de atención médica compartida se restablecerán salvo en el caso de enfermedades preexistentes; no obstante, al cambiar de programa de atención médica compartida se aplicará un nuevo periodo de espera de diez (10) meses antes de que los gastos de Maternidad puedan ser elegibles para compartir.

V. Redes Médicas

Los Programas de UHS no utilizan una Red para Hospitales o Centros Quirúrgicos Ambulatorios, pero sí utilizan la red Multiplan / PHCS Practitioner & Ancillary Network, que ofrece a los Miembros acceso a tarifas con descuento de los médicos, profesionales médicos, laboratorios, centros de diagnóstico por imagen, centros de atención urgente y clínicas sin cita previa participantes; sin embargo, el uso compartido está disponible para Médicos de Atención Primaria y Especialistas, independientemente de la participación en la Red. El acceso a esta Red está disponible para todos los Miembros. No se comparten los gastos médicos incurridos en Centros No Quirúrgicos Fuera-de-Red, excepto las visitas a urgencias, los gastos compartibles de hospitalización y cirugía o los procedimientos quirúrgicos ambulatorios compartibles. Los Profesionales de la Salud de Atención Primaria incluyen Médicos, Médicos Generales, Médicos de Familia, Internistas, Geriatras, Pediatras y Gineco-Obstetras. Los especialistas son médicos y profesionales de un campo especializado; algunos ejemplos son, entre otros: Cardiología, Urología, Dermatología, Neurólogos, Ortopedia, Etc.

Los programas de UHS fomentan la utilización de Servicios de Atención Primaria; Universal Health Fellowship reconoce que los miembros pueden tener relaciones existentes con Médicos de Atención Primaria que no participan en las redes de PHCS. Por lo tanto, los servicios de Atención Primaria serán compartibles independientemente de la afiliación a la red, con sujeción a las disposiciones específicas del programa. Los gastos médicos admisibles derivados de la utilización de Profesionales de la Salud de Atención Primaria se compartirán al menor de los montos facturados o al 155% del monto permitido por Medicare.

Los servicios de especialista serán compartibles independientemente de la afiliación a la red, sujeto a todas las disposiciones específicas del programa. Los gastos médicos elegibles derivados de la utilización de Especialistas se repartirán al menor de los

gastos facturados o el 140% del monto permitido por Medicare. Un especialista fuera-de-red puede aceptar o no este reembolso basado en referencias como pago total y posteriormente podría facturar la diferencia al Miembro.

Sujeto a las limitaciones de su Programa de Atención Médica Compartida, se recomienda encarecidamente que seleccione un Médico de Atención Primaria o Especialista de la red Multiplan / PHCS Practitioner & Ancillary Network, si está disponible, para aprovechar los descuentos de la red contratada y el acuerdo del proveedor de presentar solicitudes de necesidades en su nombre; esto ahorra dinero y tiempo a los miembros de UHF.

Para saber con antelación si un proveedor, profesional de la salud, especialista o centro auxiliar pertenece a la red, llame al número de teléfono de Atención al Miembro de UHF que aparece en su tarjeta de membresía.

VI. Requisitos Generales de Compartir, Restricciones, Limitaciones y Máximos

Las necesidades totales elegibles para compartir entre los Miembros están limitadas como se establece en esta sección, o en cualquier otra parte de estas Directrices, y como se puede indicar por escrito al Miembro de Costos Compartidos de vez en cuando.

i. Obligación de Usar Opciones Rentables para la Obtención de Servicios Médicos.

Para maximizar los beneficios de compartir para todos los miembros, es necesario que cada uno de ellos haga todos los esfuerzos razonables para obtener Servicios Médicos de forma rentable. Al buscar atención médica, es importante tener en cuenta los siguientes conceptos generales.

- No reciba Servicios Médicos en un Hospital si puede obtenerlos en otro lugar.
- No reciba Servicios Médicos como paciente Hospitalizado si puede obtenerlos como paciente Ambulatorio.
- No reciba Servicios Médicos como Paciente Ambulatorio en un Centro Afiliado a un Hospital si se pueden obtener en un Centro Independiente.
- No reciba Servicios Médicos de un Proveedor Fuera-de-Red si puede obtenerlos de un Proveedor de la Red.
- No obtenga Servicios Médicos de un Centro si puede obtenerlos en la Consulta de un Profesional de la Salud.

ii. Periodo de Espera Previo a la Elegibilidad para Compartir.

Los siguientes períodos de espera aplican antes de que las Necesidades de Gastos Médicos puedan ser elegibles para compartir a través de cualquiera de estos Programas Universal HealthShare Thrive como se indica:

1. En el caso de un miembro que haya sido Miembro de Costos Compartidos de forma ininterrumpida durante al menos diez (10) meses, los gastos de Maternidad elegibles son compartibles, sujetos al Monto Médico Anual No Compartible aplicable;
2. Existe un periodo de espera de 90 días antes de que otra Necesidad de Gastos Médicos sea elegible para compartir. Nota: Este período de espera de 90 días no se aplica a la elegibilidad para compartir gastos de visitas a consulta o a la sala de urgencias relacionadas con accidentes, enfermedades, enfermedades agudas y emergencias potencialmente mortales. Si una visita a la sala de urgencias da lugar a una hospitalización que no esté relacionada con condiciones preexistentes, los servicios de hospitalización no relacionados con condiciones preexistentes también serían elegibles para compartir.

iii. Cantidad Anual No Elegible Para Compartir (NSA) para Gastos Médicos.

Existe una Cantidad Anual No Elegible para Compartir (NSA) acumulativo establecido para cada Programa. Sus gastos médicos sólo pueden compartirse después de que usted haya pagado sus propios Gastos Médicos Elegibles por un monto acumulado igual a la Cantidad Anual No Compartible aplicable a su Programa. Para que el pago de un gasto médico se tenga en cuenta en el cálculo de su Cantidad Anual No Elegible Para Compartir, el gasto debe ser uno de los que podrían ser elegibles para compartir conforme a las Directrices si ya hubiera cumplido íntegramente el requisito de la Cantidad Anual No Elegible Para Compartir. Por ejemplo, si su Programa sólo permite compartir los gastos de diagnóstico por imagen realizados en un centro independiente de la red de Médicos y Auxiliares de Su Programa, y sólo hasta \$500, los gastos de diagnóstico por imagen realizados en un centro hospitalario o en un centro independiente Fuera-de-Red no se tendrían en cuenta para su Cantidad Anual No Elegible Para Compartir, y los gastos superiores a \$500 por diagnóstico por imagen realizado en un centro independiente En-La-Red no se tendrán en cuenta para el cálculo de su Cantidad Anual No Elegible Para Compartir.

La cantidad que haya pagado para su Cantidad Anual No Elegible Para Compartir se calculará sobre la base del período de doce meses anterior a su siguiente Fecha de Aniversario. Para los hogares con dos o tres miembros, cada miembro es responsable de su propia Cantidad Anual No Elegible Para Compartir (NSA). En el caso de los hogares con más de tres miembros, cada uno de ellos, como mínimo, es responsable individualmente de su propia Cantidad Anual No Elegible Para Compartir. Una vez que tres miembros de la unidad familiar hayan pagado su propia cantidad no elegible para compartir, se considerará que se ha alcanzado la Cantidad No Elegible Para Compartir del grupo familiar y no se exigirá a ningún otro miembro del grupo familiar que pague una Cantidad No Elegible Para Compartir adicional.

Las Cantidades Anuales No Elegibles Para Compartir de los Programas Universal HealthShare Thrive son los que se describen en el cuadro siguiente.

	Programas Universal HealthShare Thrive		
	THS50	THS75	THS100
Un Miembro por Hogar	\$5,000	\$7,500	\$10,000
Dos Miembros por Hogar	\$10,000 (\$5,000 por miembro)	\$15,000 (\$7,500 por miembro)	\$20,000 (\$10,000 por miembro)
Tres o más Miembros por Hogar	\$15,000 (\$5,000 por miembro)	\$22,000 (\$7,500 por miembro)	\$30,000 (\$10,000 por miembro)

Los montos arriba indicados son las Cantidades Anuales No Elegibles Para Compartir vigentes al 11/12/2023. Las Cantidades Anuales No Elegibles Para Compartir están sujetas a ajustes periódicos. Recuerde siempre consultar el Portal del Miembro de Universal HealthShare para obtener la versión más actualizada de las Directrices de Compartir, que pueden reflejar los cambios que se hayan realizado desde la fecha de la última copia que recibió o revisó.

iv. Honorarios de Consulta.

Esta parte de sus tarifas nunca es elegible para compartir; siempre es su responsabilidad personal. Deberá pagar los Honorarios de Consulta por cada visita de Atención Primaria, Atención Especializada y Atención de Urgencia en el momento de su visita. El resto del monto de la visita al consultorio y cualquier otro gasto relacionado con la visita, como pruebas y procedimientos ambulatorios, están sujetos a todas las condiciones y límites aplicables de las Directrices de Compartir de su programa de atención médica compartida, incluido el requisito de que utilice un proveedor en-la-red y alcance su Cantidad No Elegible Para Compartir (NSA).

Las tarifas de consulta de los programas Universal HealthShare Thrive son las siguientes:

Tipo de Visita o Sesión de Terapia	Programas Universal HealthShare Thrive		
	THS50	THS75	THS100

Visita al Consultorio de Atención Primaria y Honorarios por Consulta de Manejo de Medicación Psiquiátrica	\$25 por visita	\$25 por visita	\$25 por visita
Honorarios por Visita al Consultorio de Especialidades y Consulta de Manejo de Medicación Psiquiátrica	\$50 por visita	\$50 por visita	\$50 por visita
VISITAS DE ATENCIÓN URGENTE	\$75 por visita	\$75 por visita	\$75 por visita
Visitas a Urgencias	\$300 por visita	\$300 por visita	\$300 por visita

Los programas Universal HealthShare Thrive permiten compartir de forma inmediata las visitas al consultorio y a urgencias relacionadas con accidentes, enfermedades, enfermedades agudas y emergencias potencialmente mortales. Si una visita a la sala de urgencias da lugar a una hospitalización que no esté relacionada con condiciones preexistentes, los servicios de hospitalización no relacionados con condiciones preexistentes también serían elegibles para compartir. Deberá pagar los Honorarios de Consulta por cada visita; esta tarifa deberá pagarse en el momento de su visita.

- Tras el pago de los Honorarios de Consulta, se podrán compartir hasta \$300 combinados en concepto de cuotas de visita de Atención Primaria, Urgencias o Especializada, así como cualquier gasto adicional en que se incurra durante la visita.

Otras visitas que requieren una tarifa de consulta, incluidas las visitas a urgencias que no dan lugar a un ingreso, están sujetas a cantidades no elegibles para compartir y son compartibles según las tarifas de su programa.

v. Límites Anuales para Compartir

Existe un límite anual para el monto total de los gastos médicos que pueden ser compartidos por cualquier Miembro individual en estos programas ("Límite Anual para Compartir"). Los Límites Anuales para Compartir que establecen las cantidades máximas compartibles para cualquier miembro en cada Programa Universal HealthShare Thrive son los siguientes:

Cuidado Preventivo	\$1,000
Límite Combinado Anual	\$1,000,000
Pruebas de Alergia	\$500
Transporte de Emergencia	\$10,000
Trasplante de Órganos	\$150,000
Prótesis	\$1,500

Los montos arriba indicados son los Límites Anuales para Compartir vigentes al 11/12/2023. Los Límites Anuales para Compartir están sujetos a ajustes periódicos. Recuerde siempre consultar el Portal del Miembro de Universal HealthShare para obtener la versión más actualizada de las Directrices de Compartir, que pueden reflejar los cambios que se hayan realizado desde la fecha de la última copia que recibió o revisó.

vi. Límites de Compartir de por Vida.

No existe un límite máximo de participación de por vida para los Programas Universal HealthShare Thrive.

vii. Límites de Compartir por Incidente Médico.

Existe un límite en el monto total de los gastos médicos que pueden ser compartidos por cada Miembro en relación con cualquier incidente médico (según se define en el presente documento), incluidos todos los gastos de Hospitalización y Ambulatorios y los gastos Profesionales relacionados con dicho Incidente Médico. El límite de participación por Incidente Médico aplicable a cada Programa Universal HealthShare Thrive es de \$500,000.

El monto indicado arriba es el Límite de Límite para Compartir por Incidente Médico vigente a partir del 11/12/2023. Los Límites para Compartir por Incidente Médico están sujetos a ajustes periódicos. Recuerde siempre consultar el Portal del Miembro de Universal HealthShare para obtener la versión más actualizada de las Directrices de Compartir, que pueden reflejar los cambios que se hayan realizado desde la fecha de la última copia que recibió o revisó.

viii. Límites Anuales para Compartir - Consultas y Emergencia / Hospitalización.

El monto para compartir está limitado a un número máximo de visitas/sesiones al año y de días de hospitalización al año por cada Miembro, según se indica a continuación:

Tipo de Visita o Sesión de Terapia	Max. Número de Visitas Anuales Elegibles para Compartir
Atención Primaria, Especializada y Emergencias	12 visitas en total para cualquier combinación de visitas de Atención Primaria, Atención Especializada y Emergencias.
Gestión de Medicamentos	4 visitas en total para cualquier Médico de Atención Primaria o profesional de la salud mental apropiado para el seguimiento y la manejo de los medicamentos prescritos para trastornos de salud mental, tales como ansiedad, depresión, trastorno bipolar y TDAH.
Ajuste/Manipulación Quiropráctica y Fisioterapia	12 sesiones en total para cualquier combinación de Visitas Quiroprácticas y Sesiones de Fisioterapia.
Terapia Audiológica, Terapia Cardíaca, Terapia de Oxígeno Hiperbárico, Terapia de Atención Naturista, Terapia Ocupacional, Terapia Optométrica/Visual, Terapia Respiratoria y del Habla	10 Sesiones en Total para cualquier combinación de Terapias Audiológica, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla
Visitas de Cuidado Prenatal	9 visitas por embarazo.
Visitas a Urgencias	2 visitas como máximo (se pueden compartir hasta \$2,000 por visita en concepto de gastos combinados del centro y del médico).

Las terapias sólo pueden compartirse si están directamente relacionadas con el tratamiento de una enfermedad o lesión, pero no para fines generales de bienestar o mantenimiento. Ejemplos:

1. El Ajuste Quiropráctico para tratar una lesión por hiperextensión y flexión del cuello provocada por un accidente automovilístico (es decir, "latigazo cervical") puede compartirse, pero un ajuste periódico para el bienestar general o comodidad que no esté tratando una condición médica específica no es compartible,
2. La Terapia del Habla tras un ictus puede compartirse, pero la Logopedia de desarrollo para un ceceo o tartamudeo no es compartible.

Los montos arriba indicados son los Límites para Compartir por Incidente Médico vigentes al 11/12/2023. Los Límites para Compartir por Incidente Médico están sujetos a ajustes periódicos. Recuerde siempre consultar el Portal del Miembro de Universal HealthShare para obtener la versión más actualizada de las Directrices de Compartir, que pueden reflejar los cambios que se hayan realizado desde la fecha de la última copia que recibió o revisó.

ix. Cantidad para Compartir/Porcentajes de Compartir.

Una vez que haya transcurrido el período de espera aplicable y haya satisfecho su responsabilidad de pago de la Cantidad Anual No Elegible Para Compartir aplicable, el 100% de los Gastos Médicos Elegibles son generalmente compartibles, sujetas a todas las exclusiones, restricciones y limitaciones establecidas en estas Directrices, incluidos los límites de Incidentes Médicos y el Límite Anual para Compartir:

Los gastos médicos elegibles por servicios prestados por un especialista fuera-de-red serán compartibles en el porcentaje indicado del menor valor entre los cargos facturados o el 140 % del monto permitido por Medicare. Un especialista fuera-de-red puede aceptar o no este reembolso basado en referencias como pago total y posteriormente podría facturar la diferencia al Miembro.

Los montos indicados arriba son los Montos/Porcentajes para Compartir vigentes desde el 11/12/2023. Los Montos/Porcentajes para Compartir están sujetos a ajustes periódicos. Recuerde siempre consultar el Portal del Miembro de Universal HealthShare para obtener la versión más actualizada de las Directrices de Compartir, que pueden reflejar los cambios que se hayan realizado desde la fecha de la última copia que recibió o revisó.

VII. Compartir Gastos Médicos

Los gastos médicos se comparten por persona y por Incidente Médico en caso de enfermedades o lesiones que ocasionen gastos médicos después de la Fecha de Entrada en Vigencia, que sean médicamente necesarios y proporcionados por o bajo la dirección de Médicos, Hospitales u otros Centros médicos autorizados, o de Profesionales de la Salud autorizados. Por Incidente Médico se entiende una condición diagnosticada médicamente y todos los tratamientos médicos recibidos y gastos médicos incurridos relacionados con dicho diagnóstico. Todas las facturas médicas de cualquier naturaleza relacionadas con el mismo diagnóstico forman parte del mismo Incidente Médico. Los gastos médicos que se pueden compartir incluyen, entre otros, los servicios médicos y hospitalarios, la atención médica de urgencia, las pruebas médicas, las radiografías, el transporte médico de urgencia y los medicamentos recetados proporcionados por un Hospital durante un ingreso, a menos que estas Directrices limiten o excluyan de otro modo dichos gastos. El total de las facturas incurridas por gastos médicos debe superar la Cantidad Anual No Elegible Para Compartir establecida para su Programa para ser elegible para compartir (Consulte la Sección VI.iii. para más detalles). Los gastos médicos deben presentarse para ser compartidos de la manera y forma especificadas por Universal HealthShare. Esto incluye los formularios de facturación estándar del sector (HCFA 1500 y/o UB 92) y los historiales médicos pertinentes/requeridos.

Nota: Todas las solicitudes de necesidades deben presentarse en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio. Si la solicitud de necesidades no se presenta en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio, la necesidad no será elegible para compartir.

Las siguientes Secciones están diseñadas para permitirle revisar rápidamente, basándose en el tipo de centro de salud, proveedor, servicio, producto, tratamiento o condición física/médica, si un gasto médico concreto es generalmente compartible. Los miembros comparten los gastos tal y como se indica a continuación, siempre que hayan pagado previamente la Cantidad Anual No Elegible Para Compartir correspondiente y que se hayan respetado todas las exclusiones, restricciones y limitaciones establecidas en estas Directrices. Cualquier servicio que no esté específicamente mencionado en el presente documento como elegible o no elegible para compartir deberá ser presentado previamente a Universal HealthShare para su evaluación y deberá recibir confirmación previa de compartibilidad general para ser considerado elegible para compartir.

i. Compartir para Instalaciones, Proveedores y Servicios.

Por lo general, los Miembros comparten los costos de los siguientes centros, proveedores y servicios de salud, tal y como se describe específicamente a continuación. **Nota:** se aplican todos los términos y límites de las Directrices de Compartir de su programa de atención médica compartida, incluido el requisito de que utilice un proveedor en-la-red y alcance su Cantidad No Elegible para Compartir.

Para los servicios que se consideren compartibles y que se reciban de la red Multiplan / PHCS Practitioner & Ancillary Network, los cargos de los profesionales médicos vinculados a dichos servicios también se considerarán compartibles, sujetos a la necesidad médica y a las limitaciones del programa. Si un Centro está en-la-red y es propiedad de un hospital, el servicio se considerará compartible sujeto a las disposiciones del programa, los periodos de espera, la necesidad médica y las enfermedades preexistentes. Todos los gastos de Instalaciones Propiedad de Hospitales serán compartidos calculando el menor entre los cargos facturados o el 155 % del monto permitido por Medicare para los servicios que se determinen como compartibles.

(a) Pruebas de Alergia.

Tras el periodo de espera de 90 días aplicable, las pruebas de alergia, incluidas las pruebas cutáneas, los análisis de sangre y las pruebas de provocación, se pueden compartir hasta \$500. Se requiere notificación previa.

(b) Examen Físico Anual de Rutina.

El examen físico anual de rutina o el examen del niño sano son reembolsables, después del período de espera de 90 días aplicable, con sujeción al límite de participación en los gastos de atención preventiva combinada anual de \$1,000 por cada miembro.

(c) Ambulancia.

Se pueden compartir hasta \$10,000 de gastos relacionados con el transporte de emergencia en ambulancia terrestre o aérea al centro médico más cercano capaz de proporcionar la atención médicamente necesaria para tratar una condición médica con síntomas de suficiente gravedad como para que la ausencia de atención médica inmediata pudiera razonablemente provocar la muerte o poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, del feto de la mujer), con grave alteración de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; No obstante, el transporte en ambulancia aérea no es reembolsable en situaciones en las que se podría haber utilizado una forma menos costosa de transporte de urgencia sin aumentar sustancialmente el riesgo de poner en grave peligro su vida o su salud a largo plazo.

(d) Procedimientos Auditológicos.

Véase "Cirugía Auditiva".

(e) Terapia Auditológica.

Terapia Auditiva por un audiólogo licenciado, de acuerdo con la orden de un médico para mejorar la función corporal, sólo si está directamente relacionada con el tratamiento de una enfermedad o lesión y no con fines de bienestar general o mantenimiento, limitada a un máximo combinado de 10 sesiones para cualquier combinación de Terapia Auditológica, Cardíaca, Hipertensiva, Naturopática, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(f) Terapia Cardíaca.

Terapia Cardíaca, de acuerdo con la orden de un médico para mejorar la función corporal, sólo si está directamente relacionada con el tratamiento de una enfermedad o lesión y no con fines de bienestar general o mantenimiento, limitada a un máximo combinado de 10 sesiones para cualquier combinación de Terapia Auditológica, Cardíaca, Hipertensiva, Naturopática, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(g) Terapia Quiropráctica.

Tratamiento de enfermedades o lesiones del sistema óseo o musculoesquelético realizado por una persona que posea un título de Doctor en Quiropráctica (abreviado como "D.C.") y la licencia, certificación o registro aplicable y vigente ("Licencia", "Licenciado" o "Licenciamiento") exigido en el estado o jurisdicción donde se lleve a cabo el tratamiento, únicamente si está directamente relacionado con el tratamiento de una enfermedad o lesión y no con fines de bienestar general o de mantenimiento, limitado a un máximo combinado de 12 visitas quiroprácticas y/o sesiones de fisioterapia. Los tratamientos de mantenimiento no son compartibles. Cada visita al consultorio en la que se realicen ajustes, manipulaciones u otro tipo de terapia cuenta para el límite global de sesiones de terapia. Para ser compartibles, las facturas de cada tratamiento deben indicar la condición específica tratada.

(h) Cologuard.

Después de un período de espera de 90 días, una prueba de detección de cáncer de colon no invasiva Cologuard® se podrá compartir una vez cada tres (3) años para los Miembros de 45 años o más, hasta \$650 por prueba para cada Miembro, y el límite para compartir combinado de Atención Preventiva no se aplicará para compartir dichas pruebas. Este compartir estará disponible para los miembros menores de 45 años cuando lo prescriba un Médico debido a antecedentes familiares de pólipos precancerosos. Las pruebas no invasivas de detección del cáncer de colon Cologuard® pueden compartirse independientemente de si ha alcanzado su Cantidad No Elegible Para Compartir (NSA).

(i) **Colonoscopia.**

La colonoscopia diagnóstica será compartible cuando la prescriba un médico debido a un resultado positivo de la prueba no invasiva de detección del cáncer de colon Cologuard® o debido a síntomas de una condición no evidente antes de su membresía. Tras un periodo de espera de 90 días, se podrá compartir una colonoscopia de evaluación cuando lo prescriba un Médico debido a antecedentes familiares de neoplasia maligna de un órgano digestivo.

(j) **Cirugía Estética.**

La Cirugía Estética, incluidas las operaciones de reducción o aumento de pecho y cualquier otra cirugía o procedimiento estético electivo realizado principalmente para modificar el aspecto o por cualquier otro motivo no vinculado a la salud, no es compartible, excepto por la mamoplastia reconstructiva como consecuencia de un cáncer de mama.

(k) **TAC**

Los TAC son totalmente compartibles si se realizan durante una hospitalización elegible y compartible y para una intervención quirúrgica en hospitalización. Todos los TAC ambulatorios tienen un período de espera de 30 días y solo se pueden compartir en centros que no sean hospitales.

(l) **Diagnóstico por Imagen.**

Ver entradas individuales para TAC, Mamografía, Resonancia magnética, Radiografía

(m) **Sala de Emergencias.**

Los servicios de emergencia prestados en régimen ambulatorio en un Hospital, Clínica o Centro de Urgencias para la estabilización o inicio del tratamiento de una patología médica de Urgencia. Si la consulta en la sala de urgencias tiene como consecuencia directa el ingreso del Miembro en el hospital, el monto de la consulta en la sala de urgencias se aplicará para satisfacer la Cantidad Anual No Elegible Para Compartir. Los Costos de Sala de Emergencias pueden ser compartidos únicamente si están destinados al tratamiento de una Emergencia; los gastos de sala de emergencias incurridos por una situación que no constituya una Emergencia no serán compartidos. No obstante, tratándose de niños de seis años o menores, se presumirá que cualquier gasto de sala de emergencias corresponde a una Emergencia, salvo que exista una razón de peso para concluir lo contrario.

(n) **Cirugía Auditiva.**

La cirugía para corregir la pérdida o los problemas de audición debidos directamente a un accidente, enfermedad, dolencia o defecto congénito son compartibles (incluidos los implantes cocleares y la consulta y terapia relacionadas, los estimuladores protésicos del oído interno y los dispositivos implantados similares), pero sólo si su médico ha proporcionado una verificación por escrito de que la pérdida o el problema de audición no pueden solucionarse por medios no quirúrgicos. Los costos de los audífonos y de los exámenes o adaptaciones correspondientes sólo son reembolsables si la pérdida o el problema de audición subyacentes han sido causados por un accidente, enfermedad, dolencia o defecto congénito (no si la pérdida o el problema de audición se deben al envejecimiento o han sido causados por una exposición prolongada o repetida a ruidos fuertes). Se requiere Notificación Previa.

(o) **Terapia Auditiva.**

Véase Terapia Audiológica.

(p) **Asistencia de Salud a Domicilio**

Servicios de Atención Especializada en el hogar por hasta 30 días, proporcionados por una Agencia de Atención Médica Domiciliaria para cada Incidente Médico relacionado, siempre que dicha atención en el hogar reduzca el gasto médico previsto y sustituya los servicios hospitalarios o de asilo de ancianos. Se requiere Notificación Previa.

(q) **Cuidado de Hospicio.**

Servicios de cuidados de Hospicio durante un máximo de 30 días previa prescripción de un médico y certificación de que la persona padece una enfermedad terminal. Se requiere Notificación Previa.

(r) Gastos Hospitalarios.

Tratamiento u operación hospitalaria, ya sea como Paciente Interno o Ambulatorio, para una condición médicamente diagnosticada, únicamente cuando dicha atención o procedimientos no puedan realizarse en una instalación ambulatoria que no sea hospitalaria. Se requiere Notificación Previa, excepto cuando el ingreso hospitalario se produce en las 23 horas siguientes al tratamiento en urgencias por la misma enfermedad que requirió tratamiento en urgencias.

(s) Terapia de Oxígeno Hiperbárico.

Terapia de Oxígeno Hiperbárico, de acuerdo con la orden de un médico para mejorar la función corporal, y sólo si está directamente relacionada con el tratamiento de una enfermedad o lesión y no con fines de bienestar general u otro propósito, limitada a un máximo combinado de 10 sesiones para cualquier combinación de Terapia Auditiva, Cardíaca, Hiperbárica, Naturopática, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(t) Terapia de Infusión.

Terapia de Infusión continuada tras un tratamiento hospitalario iniciado durante una Hospitalización por cáncer, osteomielitis, peritonitis, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de Crohn, hemofilia, inmunodeficiencias o esclerosis múltiple. Se requiere Notificación Previa, revisión y aprobación.

(u) Mamografías.

Las mamografías pueden ser elegibles para compartirse una vez cada dos años para los Miembros de hasta cuarenta y nueve (49) años de edad inclusive, y una vez cada año para los Miembros de cincuenta (50) años de edad y mayores, después del período de espera aplicable y sujeto al límite anual de \$1,000 de uso compartido combinado de Atención Preventiva y Examen Físico Anual de Rutina para cada Miembro. Se pueden compartir los gastos de las mamografías de detección convencionales en 2D y 3D, incluidas las ecografías.

(v) Resonancias Magnéticas.

Las resonancias magnéticas son totalmente compatibles si se realizan durante una hospitalización elegible y compatible y para una intervención quirúrgica en hospitalización. Todas las resonancias magnéticas ambulatorias tienen un período de espera de 30 días y solo se pueden compartir en centros que no sean hospitales.

(w) Tratamientos Naturistas y/o Alternativos.

El Tratamiento proporcionado por un Médico Naturópata o Doctor en Naturopatía (ND o NMD), un Naturópata tradicional u otro profesional de terapias alternativas podrá ser elegible para compartir, sujeto a las condiciones determinadas por Universal HealthShare, pero únicamente si dicho tratamiento cumple claramente con cada uno de los siguientes criterios:

- i. Trata una condición diagnosticada médicamente.
- ii. Es menos invasivo que el tratamiento médico convencional de la enfermedad diagnosticada.
- iii. Es menos costoso que el tratamiento médico convencional y se espera que evite futuros tratamientos convencionales más costosos.
- iv. Se presenta y recibe la aprobación previa de Universal HealthShare, sujeta a cualquier condición impuesta a dicha aprobación, y el miembro acepta cualquier alteración del plan de tratamiento exigida por Universal HealthShare.

Limitado a un máximo combinado de 10 Sesiones para cualquier combinación de Terapias Auditiva, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(x) Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional proporcionada por un Terapeuta Ocupacional con Licencia, conforme a la indicación de un Médico, con el propósito de mejorar la función corporal y únicamente si está directamente relacionada con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, y no con fines de bienestar general o mantenimiento, limitada a un máximo combinado de 10 Sesiones para cualquier combinación de Terapias Auditiva, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

Se requiere Notificación Previa.

(y) Terapia Optométrica Visual.

Terapia Optométrica Visual proporcionada por un Optometrista con Licencia, conforme a la indicación de un Médico, con el propósito de mejorar la función de la vista en general y únicamente si está directamente relacionada con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, y no con fines de bienestar general o mantenimiento, limitada a un máximo combinado de 10 Sesiones para cualquier combinación de Terapias Audiológica, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla. Se requiere Notificación Previa.

(z) Trasplante de Órganos.

Los gastos incurridos en relación con cualquier trasplante de órganos o tejidos pueden ser compartidos, hasta el límite aplicable para compartir por Incidente Médico, una vez por órgano y de por vida del Miembro. Esto incluye, pero no se limita a, los Gastos incurridos en evaluación, detección, transporte, proceso de determinación de elegibilidad, trasplante de órganos, obtención de órganos, gastos del donante, atención de seguimiento, terapia inmunosupresora y nuevo trasplante. Este Límite para Trasplante de Órganos incluye, pero no se limita a, el trasplante de corazón, pulmones, riñones, hígado, páncreas y médula ósea. Se requiere notificación previa. Los gastos relacionados con un trasplante de órganos sólo se pueden compartir cuando se recibe una segunda opinión de un médico autorizado por Universal HealthShare. El médico que emite una segunda opinión debe examinar al paciente y los historiales médicos pertinentes antes de la intervención quirúrgica y debe considerar que el trasplante es médicamente necesario. El Miembro que comparte debe pre-notificar Universal HealthShare antes de la cirugía para la referencia al segundo médico.

(aa) Fisioterapia.

Terapia Física proporcionada por un Terapeuta Físico con Licencia, conforme a la indicación de un Médico, con el propósito de mejorar la función corporal y únicamente si está directamente relacionada con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, y no con fines de bienestar general o mantenimiento, limitada a un máximo combinado de 12 Sesiones de Terapia Física y/o Visitas Quiroprácticas.

(bb) Servicios médicos.

Los servicios médicos incluyen el diagnóstico, tratamiento, control o prevención de una Enfermedad o Lesión. Las visitas a consultas de Atención Primaria, Urgencias y Especializada se pueden compartir independientemente de si se ha alcanzado o no la Cantidad No Elegible Para Compartir (NSA). Su Visita de Atención Primaria, Atención de Urgencia o Atención Especializada puede incluir cargos por pruebas o procedimientos, como análisis de sangre, ultrasonidos u otras pruebas de detección preventiva, entre otros, ordenados por su proveedor de Atención Primaria, Atención de Urgencia o Atención Especializada, además de la Cuota por Visita al Consultorio. Esto puede incluir dichas pruebas o procedimientos incluso cuando sean remitidos a un laboratorio externo (como LabCorp o LabQuest), por su proveedor de Atención Primaria, Atención de Urgencia o Atención Especializada. Se pueden compartir hasta \$300 combinados por concepto de honorarios de visita de Atención Primaria, Atención de Urgencia o Atención Especializada y cualquier cargo adicional en que se incurra durante la visita.

(cc) Cirugía Plástica por Desfiguración.

Pueden compartirse los cuidados y tratamientos médicos dispensados por desfiguración causada por amputación, mastectomía, enfermedad o accidente, incluida la mamoplastia reconstructiva a consecuencia de un cáncer de mama o procedimiento similar realizado por un cirujano general. Cualquier otra cirugía plástica o cuidado o tratamiento cosmético no es elegible para compartir, incluyendo, pero no limitado a, regímenes farmacológicos; procedimientos o tratamientos nutricionales; cirugía estética; salabrasión, quimiodesbridación y otros procedimientos de abrasión cutánea relacionados con la eliminación o modificación de cicatrices, tatuajes o cambios actínicos.

(dd) Medicamentos de Prescripción.

Los medicamentos de venta con prescripción sólo se pueden compartir (1) cuando los suministra un Hospital como parte de un tratamiento hospitalario o un Centro durante una intervención quirúrgica ambulatoria, o (2) los medicamentos de venta con prescripción administrados por un Médico durante una consulta que, de lo contrario, habrían sido suministrados por un hospital como parte de un tratamiento hospitalario o por un centro durante una intervención quirúrgica ambulatoria, pero que son más rentables y cuyo Monto Máximo Elegible se reduce por haber sido administrados por un Médico durante una consulta en lugar de en un Hospital o Centro.* Los medicamentos no se pueden compartir de otro modo, pero existen servicios populares de descuentos en medicamentos ofrecidos por terceros independientes.

UHF no respalda ni recibe compensación de ningún programa de descuentos en farmacias, pero le invitamos a que se ponga en contacto con ellos individualmente para saber cómo pueden ayudarle. Para ayudarle en su búsqueda, aquí tiene un sitio web con información sobre los programas de tarjetas de descuento para medicamentos en general: www.RXassist.org/faqs/drug-discount-cards. Para su comodidad, aquí tiene cuatro de los principales programas de descuento que puede considerar:

- CleverRx: visítelos en: <https://cleverrx.com/curamwellnesscenter>
- BlinkHealth: visítelos en www.BlinkHealth.com o llame al 1 (833) 794-1293
- GoodRX: visítelos en www.GoodRX.com y haga clic en "Tarjeta de descuento".
- SingleCare: visítelos en www.SingleCare.com

** Nota: Revise los materiales del programa de farmacia por separado para ver si usted es elegible para un programa de medicamentos de prescripción o si ya tiene uno incluido en su programa de atención médica compartida.*

(ee) Prueba PSA.

Las pruebas PSA son elegibles para compartir una vez cada dos años hasta los cuarenta y nueve (49) años inclusive. Las Pruebas de PSA son elegibles para compartir para Miembros de cincuenta (50) años de edad o más, una vez por año.

(ff) Terapia Respiratoria.

Terapia Respiratoria proporcionada por un Terapeuta Respiratorio con Licencia, conforme a la indicación de un Médico, con el propósito de mejorar la función corporal y únicamente si está directamente relacionada con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, y no con fines de bienestar general o mantenimiento, limitada a un máximo combinado de 10 Sesiones para cualquier combinación de Terapias Auditiva, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(gg) Terapia del Habla (Logopedia)/Patología del Habla.

Terapia del Habla proporcionada por un Terapeuta del Habla con Licencia, conforme a la indicación de un Médico, con el propósito de mejorar la función corporal y únicamente si está directamente relacionada con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, y no con fines de desarrollo, limitada a un máximo combinado de 10 Sesiones para cualquier combinación de Terapias Auditiva, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(hh) Vacunas Administradas por Farmacéuticos.

Los servicios de vacunación administrados por farmacéuticos son elegibles para ser compartidos. Aplica el Límite Combinado de Compartir para Examen Físico Anual de Rutina, Examen de Niño Sano y Atención Preventiva de su programa.

(ii) Terapia Visual.

Terapia Visual proporcionada por un Terapeuta Optométrico con Licencia, únicamente si está directamente relacionada con el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, limitada a un máximo combinado de 10 Sesiones para cualquier combinación de Terapias Auditiva, Cardíaca, Hiperbárica, de Atención Naturista, Ocupacional, Optométrica/Visual, Respiratoria y del Habla.

(jj) Visita de Control del Bebé Sano.

Las visitas de control del bebé sano, incluidas las vacunas, son elegibles para compartir durante el primer año de vida.

(kk) Examen del Niño Sano.

Véase Examen Físico Anual de Rutina, más arriba.

(II) Rayos X

Las radiografías son totalmente compatibles si se realizan durante una hospitalización elegible y compatible y para una intervención quirúrgica en hospitalización. Todas las radiografías ambulatorias tienen un período de espera de 30 días y solo se pueden compartir en centros que no sean hospitales.

ii. Gastos Compartidos por Condiciones Físicas; Enfermedades y Lesiones; Manejo/Monitoreo de Medicamentos.

Los gastos correspondientes a la mayoría de los tipos de condiciones físicas derivadas de una enfermedad o lesión son, por lo general, compartibles, siempre que se cumplan todas las condiciones y limitaciones aplicables establecidas en otras partes de estas Directrices, aunque se aplican disposiciones especiales para determinadas condiciones, como se explica a continuación:

(a) Aborto en Circunstancias Específicas.

Los servicios, suministros, cuidados o tratamientos relacionados con un aborto sólo pueden ser compartidos si (a) la vida física de la madre corre peligro por la continuación del Embarazo y un neonatólogo ha determinado que el tratamiento mediante cesárea no es aconsejable, o (b) el Embarazo fue el resultado de una violación o incesto por el que se presentó una denuncia policial.

(b) Asma.

Por lo general, el asma es compatible, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(c) Problemas de Espalda.

En general, los problemas de espalda son compatibles, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(d) Juanetes.

Por lo general, los juanetes son compatibles, pero durante los primeros 24 meses de membresía, puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(e) Cáncer.

Generalmente compatible, pero pueden aplicarse limitaciones si está relacionado con un cáncer de un tipo que padecía antes de afiliarse (véase el apartado X.i.) y durante los primeros 60 meses de membresía, puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(f) Síndrome del Túnel Carpiano.

El Síndrome del Túnel Carpiano es generalmente compatible, pero durante los primeros 24 meses de membresía, puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(g) Complicaciones Derivadas de la Maternidad.

Los gastos médicos por complicaciones del miembro se consideran parte de la necesidad de maternidad.

(h) Complicaciones Derivadas de Procedimientos Médicos Compatibles.

Si surgen complicaciones de un procedimiento médico que es compatible, los gastos para tratar las complicaciones son compatibles a menos que la propia complicación no sea compatible en virtud de estas Directrices.

(i) Lesión Dental.

Por lo general, los gastos de atención odontológica no son compatibles, con las siguientes excepciones:

- i. Gastos para el tratamiento de dientes naturales y carillas (pero no dentaduras postizas o placas parciales) que se hayan roto/lesionado en un accidente (pero no un accidente que se produzca en el transcurso de recibir cuidados dentales, al comer o en determinados accidentes automovilísticos).
- ii. No se comparten los tratamientos dentales de rutina tales como (pero no limitados a): revisiones, limpiezas (incluidas las limpiezas profundas), empastes, coronas, endodoncias, implantes, extracción de muelas del juicio o dientes infectados, dentaduras, puentes, anestesia para atención dental de rutina o tratamiento de enfermedad periodontal, excepto cuando dichos tratamientos de rutina sean necesariamente parte de una cirugía ósea u otros tratamientos no rutinarios. Así, por ejemplo, si le extraen un diente infectado, normalmente no podrá ser compartido. Pero si la infección llegara al hueso maxilar y fuera necesario extirpar parte del hueso, entonces todo el procedimiento sería compatible. No se incluyen los implantes porque siempre implican "cirugía sobre el hueso" y suele haber alternativas menos costosas.

(j) Diabetes

La diabetes se puede compartir, salvo si está relacionada con la diabetes que padecía antes de afiliarse y no entra en la excepción descrita en la Sección X.i. Durante los primeros 24 meses de membresía, puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(k) Trastornos del Pie.

En general, los Trastornos de los Pies son compatibles, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(l) Defectos Genéticos.

Los Defectos Genéticos son compatibles cuando se cumple al menos una de las siguientes condiciones:

- i. No se descubrió la condición ni ningún síntoma de la misma hasta después de haber comenzado la membresía, que se mantenía de forma continuada;
- ii. La enfermedad no ha requerido tratamiento ni producido síntomas perjudiciales, y no se ha deteriorado durante al menos cinco años;
- iii. La condición existe en una persona que ha estado incluida en una membresía desde su nacimiento, y el miembro estaba incluido en una membresía antes del embarazo; o bien
- iv. Si la condición existe en una persona que fue adoptada, la persona ha estado incluida en una membresía desde la adopción y los padres adoptivos desconocían la condición en el momento en que se formalizó la adopción.

(m) Afecciones Cardíacas.

Las condiciones cardíacas son compatibles a menos que estén relacionadas con una condición cardíaca que padeciera antes de afiliarse y no entre dentro de las excepciones descritas en la Sección X.i. Durante los primeros 24 meses de membresía, puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(n) Hemorroides.

En general, las hemorroides son compatibles, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(o) Enfermedades Hereditarias.

Las Enfermedades Hereditarias son compatibles en las mismas condiciones que los Defectos Genéticos.

(p) Hernia.

En general, una hernia es compatible, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(q) Hipertensión Arterial.

Siempre que no haya sido tratado en un hospital por hipertensión en los últimos cuatro años y haya podido controlar eficazmente y de forma continuada esta condición mediante medicación o dieta, un incidente que se inicie después del comienzo de su membresía es compatible.

(r) Embarazo/Maternidad.

En el caso de un miembro que haya sido Miembro de Costos Compartidos de forma ininterrumpida durante al menos diez (10) meses, los gastos de Maternidad elegibles son compartibles, sujetos a la Cantidad Médica Anual No Elegible para Compar aplicable, según se indica a continuación:

- i. Límite de hasta \$5,000 por embarazo para un parto normal o una cesárea que no sea médicamente necesaria (ya sea para un embarazo de parto único o múltiple), incluidos, entre otros, los cargos y gastos derivados de la atención médica, los ingresos en hospitales o centros de maternidad, la asistencia de comadronas o los partos domiciliarios acompañados por una comadrona o un médico.
- ii. Hasta \$8,000 por embarazo en caso de maternidad que termine en un parto por cesárea que sea médicamente necesario debido a complicaciones que surjan en el momento del parto (ya sea para un embarazo de parto único o múltiple).
- iii. Hasta \$50,000 o el Límite Anual para Compartir del Programa por embarazo para Maternidad que termine en parto natural o cesárea, para gastos combinados de la miembro y el recién nacido derivados de complicaciones en el momento del parto que pongan en peligro la vida de la miembro o del recién nacido y que requieran cuidados o servicios que normalmente no se prestan en el momento del parto (ya sea para un embarazo de parto único o múltiple).
- iv. En el caso de un embarazo ectópico diagnosticado antes de la rotura, los gastos que pueden compartirse incluyen los costos de las pruebas preoperatorias, consultas y otros gastos para mantener a la miembro bajo atención médica mientras se determina qué cuidados deben ofrecerse a la Miembro y al Hijo. En caso de embarazo ectópico con rotura de las trompas de Falopio, los gastos elegibles para compartir incluyen la intervención quirúrgica, la recuperación postoperatoria de la miembro, los cuidados de seguimiento y el tratamiento de cualquier complicación.

En el caso de un embarazo ectópico, los gastos elegibles para compartir estarán sujetos al límite aplicable por Incidente Médico, incluidos los costos de pruebas preoperatorias, consultas y otros gastos para mantener a la miembro bajo atención médica mientras se determina qué atención debe ofrecerse y, en el caso de un embarazo ectópico que provoque la rotura de una trompa de Falopio, la intervención quirúrgica, la recuperación postoperatoria de la miembro, los cuidados de seguimiento y el tratamiento de cualquier complicación.

(s) Visitas de Atención Prenatal.

Las visitas de atención prenatal estándar suelen ser compartibles, sujetas a los límites de visitas aplicables.

(t) Afecciones de la Próstata.

En general, las Condiciones de Próstata son compartibles, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

(u) Manejo de la Medicación Psiquiátrica

Se pueden compartir y están sujetas a la Tarifa de Consulta hasta cuatro visitas con un Profesional de la Salud de Atención Primaria o un profesional de salud mental adecuado para el control y administración de medicamentos recetados para condiciones de salud mental como ansiedad, depresión, trastorno bipolar y TDAH.

(v) Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

El VIH, el SIDA u otras ETS contraídas debido a acciones de terceros (por ejemplo, transfusiones de sangre o procedimientos médicos) serán elegibles para compartir. No compartimos las necesidades de enfermedades de transmisión sexual, incluido el virus VIH y/o el SIDA, cuando se contraen a través de comportamientos irresponsables como compartir agujas hipodérmicas para drogas legales o ilegales.

Es responsabilidad del miembro explicar cómo contrajo la enfermedad.

(w) Apnea del Sueño.

Por lo general, la apnea del sueño se puede compartir, pero durante los primeros 24 meses de membresía puede exigirse una declaración de Confirmación de No Existencia Previa de la Condición.

iii. Gastos Médicos Compartibles en Circunstancias Limitadas.

(a) Lesiones Causadas por Accidentes de Tránsito.

La mayoría de las necesidades por lesiones relacionadas con vehículos de motor suelen ser compartidas, pero hay excepciones que se describen a continuación. A efectos de estas Directrices, cualquier vehículo con motor que se utilice para el transporte, el trabajo o el ocio es un "Vehículo de Motor", cualquier persona que conduzca, monte o controle de cualquier otra forma un Vehículo de Motor es el "Operador", y cualquier persona que no sea el conductor que viaje en un Vehículo de Motor o sea arrastrada por él es un "Pasajero". Antes de que se considere la posibilidad de compartir los gastos médicos por lesiones relacionadas con vehículos de motor, primero deben presentarse a la parte responsable del accidente o responsable de los daños derivados del accidente.

(b) Accidentes en los que usted no es ni Operador ni Pasajero.

Las necesidades por lesiones causadas o sufridas en un accidente de automóvil en el que usted no era conductor o pasajero (por ejemplo, era un transeúnte, peatón, ciclista, etc., cuando se lesionó) son compartibles, pero sólo en la medida en que los costos en cuestión no sean responsabilidad de ninguna compañía de seguros o parte responsable.

(c) Accidentes en los que usted es Operador o Pasajero.

Las Necesidades derivadas de Lesiones causadas por, o sufridas en, un Accidente de Vehículo Motorizado en el cual usted haya sido operador o pasajero de un Vehículo Motorizado de uso en carretera o fuera de carretera (incluyendo automóviles, camiones, motocicletas, tractores, implementos agrícolas, maquinaria de construcción, go-karts, vehículos todoterreno de cuatro o seis ruedas, carritos de golf, dispositivos de transporte personal y todo tipo de embarcaciones o aeronaves motorizadas) serán elegibles para compartir, en la medida en que los costos en cuestión no sean responsabilidad de alguna aseguradora o parte legalmente responsable, y únicamente si se cumplen todas las siguientes condiciones: (a) El operador o pasajero conducía(n), montaba(n) u operaba(n) el Vehículo fuera de carretera o en una vía pública que permita el tránsito de Vehículos Motorizados del tipo involucrado en el accidente; (b) El operador y el Vehículo Motorizado contaban con un seguro válido conforme a la legislación aplicable; (c) El operador o pasajero y el Vehículo Motorizado no participaban en competencias de carreras o acrobacias, ni operaban el Vehículo Motorizado de forma temeraria; y (d) El operador o pasajero no se encontraba(n) operando el Vehículo Motorizado bajo la influencia de alcohol, drogas recreativas, medicamentos con advertencias contra el uso de Vehículos Motorizados o maquinaria pesada, ni bajo el efecto de cualquier sustancia ilegal conforme a la legislación aplicable.

(d) Accidentes en los que estén implicados vehículos de tres ruedas o motos de nieve en los que usted sea Operador o Pasajero.

Los gastos por lesiones relacionadas con accidentes de vehículos de tres ruedas o motos de nieve en los que usted era operador o pasajero no son compartibles, ya sea fuera o dentro de la carretera, aunque la legislación local permita que los vehículos de tres ruedas o motos de nieve circulen por vías públicas.

(e) Lesiones Laborales o Relacionadas con el Trabajo.

Los gastos derivados de la atención y el tratamiento de una enfermedad o lesión laboral o derivada de un trabajo asalariado o lucrativo, incluido el trabajo por cuenta propia, no suelen ser elegibles para compartir. No obstante, siempre que dicha enfermedad o lesión sea consecuencia de un empleo legal, se tendrán en cuenta para compartir si:

- a) El Estado en el que se produjeron las lesiones no tiene leyes de Compensación para Trabajadores ni requisitos de seguro; o

- b) Las leyes estatales que prohíben la participación en el sistema de Compensación para Trabajadores de dicho Estado no permiten que el empresario y/o la empresa participen en la Compensación para Trabajadores. Puede exigirse la documentación de dicha exención.

iv. Gastos de Miembro Condicional.

Los Miembros con determinadas condiciones preexistentes que responden a cambios en el estilo de vida pueden ser aceptados como miembros sobre la base de un plan de tratamiento acordado mutuamente entre el Miembro Condicional y Universal HealthShare. A los Miembros Condicionales se les asigna un entrenador de salud para supervisar y fomentar el progreso personal hacia los objetivos de salud. Las sesiones de asesoría en salud y los costos relacionados, incluidos los cargos administrativos impuestos por Universal HealthShare, a su discreción razonable, deberán ser pagados por el Miembro Condicional mediante el envío de un monto mensual establecido, y revisado periódicamente, por Universal HealthShare. Algunos gastos asociados a ese plan de tratamiento personalizado pueden ser elegibles para compartir en función de la revisión y determinación de cada caso por parte de Universal HealthShare, entre los que se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, dejar de fumar, pérdida de peso o control dietético, suministros para pruebas diabéticas u otros costos del programa que puedan ser elegibles para compartir como incentivo para el cambio de estilo de vida. Las directrices normales sobre condiciones preexistentes pueden alterarse a discreción de Universal HealthShare para fomentar la participación en el programa de Membresía Condicional, tal y como lo dirige, revisa y aplica Universal HealthShare.

VIII.UHF / Curam Wellness Center™

El UHF / Curam Wellness Center™ ("UHF Curam") es una característica incluida en su Programa de Atención Médica Compartida Thrive. UHF Curam está diseñado para ayudar a los miembros a lo largo de su viaje de salud y bienestar.

- A través de una variedad de programas de asistencia de salud, el objetivo de UHF Curam es conocerle en el punto en que se encuentra en su viaje por la salud y estar a su lado cuando lo necesite.
- A través de UHF Curam, un representante en vivo puede ayudarle a navegar por los desafíos del sistema de salud y apoyar su uso de los programas de salud UHF. UHF Curam aspira a proporcionar comodidad y claridad y trata de ponerle en contacto con los recursos que necesita y que están previstos en su programa UHF.
- UHF Curam puede ponerle en contacto con una lista cada vez mayor de programas de salud y bienestar, incluidos programas nutricionales y de apoyo a los cuidadores, así como ayudarle a comprender las políticas de asistencia financiera de los hospitales y a completar las solicitudes de asistencia gratuita o de costo reducido.
- UHF Curam le conecta con los recursos necesarios para sacar lo mejor de usted.

IX. Telemedicina

Acceso ilimitado a telemedicina las 24 horas del día con tarifas de consulta de \$0 es una característica incluida en su Programa de Atención Médica Compartida Thrive. La telemedicina, ofrecida a través de nuestra asociación con FlexCare, le proporciona acceso inmediato a médicos colegiados para tratar condiciones médicas. Los servicios médicos prestados incluyen:

- Resfriado común
- Alergias
- Estreñimiento
- Tos

- Diarrea
- Problemas de Oído
- Fiebre
- Influenza
- Dolor de cabeza
- Picaduras de Insectos
- Náusea
- Vómitos
- Ojo Rosado
- Erupción
- Problemas Respiratorios
- Dolor de Garganta
- ITU (para mujeres adultas mayores de 18 años)
- y más

Puede hablar con su profesional de telemedicina a través de una llamada telefónica, una aplicación móvil o un video en línea. Es la forma más rápida, cómoda y, a menudo, económica de acceder a la atención médica. Si nunca ha probado la telemedicina, le invitamos a explorar esta opción. Puede ayudarle a mantener bajos sus costos médicos, y eso es algo muy positivo para usted y sus compañeros del programa de atención médica compartida.

Si tiene una urgencia médica, no acceda a la telemedicina. En su lugar, acuda inmediatamente a un centro de atención urgente, a la sala de urgencias de un hospital o marque el 911 y solicite servicios médicos de urgencia, dependiendo de la gravedad de su emergencia.

X. Condiciones Preexistentes y oTros Gastos No Elegibles

i. Condiciones Preexistentes.

Todas las normas relacionadas con las Condiciones Preexistentes a las que se hace referencia en las Directrices se aplican a los Programas UHS Thrive, con la siguiente excepción:

Las condiciones que existan en el momento de la afiliación y que hayan presentado síntomas y/o recibido tratamiento y/o medicación en los 24 meses anteriores a la afiliación no son elegibles para compartir, excepto cuando se indique específicamente en estas Directrices de Compartir. Durante el tercer año de membresía ininterrumpida, los gastos médicos por una enfermedad preexistente pueden ser compartidos hasta un máximo de \$50,000 al año, sujeto a todas las demás normas y limitaciones de compartición aplicables. Transcurridos tres años de membresía ininterrumpida, la condición puede dejar de considerarse preexistente a efectos de compartir. Para determinadas condiciones enumeradas en la Sección VII.ii., debe presentarse una declaración firmada tanto por el miembro como por el médico, en la que se verifique que la condición no existía antes de la membresía, o que el miembro estuvo al menos 48 meses (hasta 60 meses para algunas condiciones, como el cáncer) sin síntomas, tratamiento, ni medicación con posterioridad al momento en que la condición se produjo por última vez o se produjo antes de que la persona se afiliara ("Confirmación de No Existencia Previa").

(a) Excepción para Ciertos Gastos de Visita al Consultorio por Detección o Monitoreo.

Los gastos de las visitas al consultorio para la detección y seguimiento de enfermedades preexistentes son elegibles para compartir.

(b) Excepción para Enfermedades Anteriores Curadas Después de 36 Meses Sin Síntomas ni Tratamiento. Las necesidades derivadas de una condición que existía antes de la membresía (es decir, una condición conocida o que producía síntomas observables) sólo son compartibles si la condición parece haberse curado y han transcurrido al menos 36 meses sin ningún síntoma (incluidos los síntomas benignos y los síntomas cuya causa se desconoce o se diagnosticaron erróneamente), tratamiento o medicación. Pueden exigirse pruebas y la Confirmación de No Existencia Previa para verificar el lapso y la ausencia continuada de síntomas, tratamiento y medicación. No obstante lo anterior, para las enfermedades hereditarias, defectos genéticos, afecciones cardíacas y casos de cánceres relacionados, la excepción a la exclusión por Condición Preexistente exigirá que hayan transcurrido al menos 60 meses sin ningún síntoma (incluidos los síntomas benignos y los síntomas cuya causa se desconozca o haya sido diagnosticada erróneamente), tratamiento o medicación.

NOTA IMPORTANTE: Aunque en algún momento una condición pareciera haberse curado, puede haber una recaída o complicación posterior que sea consecuencia de la condición original. UHF podrá requerir al miembro un dictamen escrito de un médico que incluya una declaración sin reservas de que una necesidad actual no fue causada por una condición anterior que apareciera previamente o que se creyera curada.

(c) Excepción para Condiciones Estabilizadas y Cuatro Años Sin Síntomas.

No se considerará que una condición existía antes de la membresía, aunque se sepa que no está "curada", si el miembro puede documentar claramente que durante un periodo no inferior a cuatro años ininterrumpidos inmediatamente anteriores a la fecha efectiva de su membresía o en algún momento posterior:

1. La enfermedad no había requerido tratamiento ni había sido tratada, y no había necesidad de tratamiento futuro indicado, prescrito, previsto o anticipado;
2. La condición no había producido ningún síntoma perjudicial (es decir, síntomas que no fueran puramente benignos); y
3. La condición no se deterioró ni evolucionó negativamente en modo alguno.

Se recomienda encarecidamente a los nuevos miembros que se sometan a una evaluación por parte de su médico en el momento de afiliarse para documentar que no se ha deteriorado desde la evaluación anterior o para establecer una base de referencia. Se exigirá una declaración del proveedor/paciente en el momento en que se presenten las facturas de una necesidad relacionada con dicha condición para ser compartida.

(d) Excepciones para la Diabetes, la Hipertensión y el Nivel de Colesterol.

(i) Diabetes Tipo 1.

Las necesidades derivadas de la diabetes de Tipo 1, también conocida como "diabetes juvenil" (enfermedad en la que el organismo no produce suficiente insulina), que existían antes de la membresía no se compartirán aunque el miembro haya pasado o pase 12 meses sin síntomas, tratamiento o medicación.

(ii) Diabetes Tipo 2.

La Diabetes de Tipo 2, también conocida como "diabetes no insulino dependiente", no se considerará una condición preexistente si ha estado 12 meses sin síntomas y no ha recibido tratamiento en un centro médico o en la consulta de un médico (aparte de las pruebas diagnósticas) por Diabetes de Tipo 2 o complicaciones asociadas en los últimos 12 meses, y la condición se controla mediante dieta, ajustes del estilo de vida o medicación (excluida la insulina) manteniendo el nivel de la prueba de Hemoglobina A1C en un siete por ciento o menos durante este periodo. En el caso de que se soliciten necesidades que respalden la condición de Diabetes Tipo 2, la documentación de los resultados de estas pruebas debe ser proporcionada a la oficina.

(iii) Excepción de Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial no se considerará una "condición preexistente a la membresía" aunque no haya pasado 12 meses sin síntomas, siempre y cuando no haya sido tratado en un hospital por hipertensión arterial en los últimos cuatro años y pueda controlar la condición mediante medicación o dieta.

La medicación para el tratamiento de una enfermedad crónica no será compartido.

(iv) Arteriosclerosis.

El colesterol elevado no se considera por sí mismo una condición preexistente, ni tampoco el mero hecho de que una persona esté tomando un medicamento con estatinas prescrito. Sin embargo, si la prescripción se refiere a una arteriosclerosis diagnosticada en un lugar concreto (por ejemplo, el corazón o la arteria carótida), esa enfermedad sería preexistente en ese lugar.

ii. Gastos Médicos NO Elegibles para Compartir.

No pueden compartirse entre los Miembros los gastos médicos derivados de alguna de las siguientes causas:

(a) Aborto.

Servicios, suministros, atención o tratamiento en relación con un aborto, salvo en circunstancias específicas (véase el la Sección VII.ii. para más detalles).

(b) ADD/ADHD/SPD y Desequilibrios Químicos Similares.

Tratamiento de supuestos desequilibrios químicos no demostrables mediante pruebas de laboratorio, como en los casos de Trastorno por Déficit de Atención, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno del Procesamiento Sensorial y trastornos similares. Esta exclusión incluye el manejo de la medicación psiquiátrica, salvo lo indicado en la sección Requisitos Generales de Compartir, Restricciones, Limitaciones y Máximos.

(c) Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas.

Servicios, suministros, atención o tratamiento a un Miembro de Costos Compartidos por una Lesión y/o enfermedad y/o mal funcionamiento corporal que ocurrió como resultado del abuso y/o uso de alcohol o drogas/fármacos por parte de ese Miembro de Costos Compartidos, incluyendo Tratamiento de Rehabilitación de Drogas y/o Alcohol.

(d) Medicina Alternativa y Tratamientos No Convencionales.

Un "tratamiento médico alternativo" o "tratamiento no convencional" es un tratamiento propuesto por un miembro para una condición diagnosticada legalmente por un profesional médico autorizado, pero cuyo tratamiento no ha sido prescrito por el proveedor del miembro. Por lo general, los gastos de Tratamiento Alternativo no son compartibles; no obstante, la posibilidad de compartir dichos gastos puede considerarse caso por caso si presenta una solicitud por escrito y una explicación que incluya los detalles del tratamiento propuesto con citas de la fuente de información, la duración prevista del tratamiento y el motivo por el que el tratamiento propuesto no ha sido prescrito por su médico. Una vez revisada la solicitud y la explicación, Universal HealthShare podrá, a su entera discreción, aprobar que se comparta basándose en factores como la naturaleza menos invasiva del tratamiento propuesto en comparación con el tratamiento convencional, la demostración de que dicho tratamiento evitará o eliminará la necesidad de tratamientos convencionales más costosos, el grado de coherencia del tratamiento propuesto con el tratamiento convencional y los conocimientos médicos actuales. Si se aprueba para compartir, puede estar sujeto a condiciones previas para compartir los gastos que el Miembro tendrá que aceptar y satisfacer.

(e) Antienvjecimiento o "Reversión" del Envejecimiento.

Los tratamientos y dispositivos para los cambios normales o el deterioro de las funciones corporales que suelen producirse con la edad (por ejemplo, ayudas sexuales, gafas, audífonos, dentaduras postizas, etc.) no suelen ser compartibles. Cuando existe una pérdida de función debida específicamente a una enfermedad o lesión, el tratamiento será generalmente compartible, sujeto a todas las demás limitaciones de las Directrices.

(f) Conflictos Armados.

Las lesiones o enfermedades resultantes de la participación de un miembro como combatiente en un conflicto armado, pero sin incluir las acciones realizadas únicamente en defensa propia o en defensa de un familiar directo, no son compartibles.

(g) Implantes Mamarios.

La colocación, sustitución o extracción de dispositivos de aumento mamario y las complicaciones relacionadas con los implantes mamarios, a menos que estén relacionadas con una mamoplastia reconstructiva como consecuencia de un cáncer de mama.

(h) Cargos antes o después de Membresía Activa.

La atención médica, tratamiento o suministros por los que se haya incurrido en gastos antes de que una persona fuera Miembro de Costos Compartidos o después de que la membresía cesara o quedara inactiva.

(i) Desobediencia Civil/Protestas/Disturbios.

Las lesiones o enfermedades resultantes u ocurridas durante la participación en un acto de desobediencia civil, manifestación, protesta o disturbio no serán compartibles.

(j) Complicaciones de Tratamientos No Elegibles para Compartir.

Cuidados, servicios o tratamientos necesarios como consecuencia de complicaciones de un tratamiento no elegible para compartir.

(k) Procedimientos Cosméticos.

No pueden compartirse los cuidados o tratamientos estéticos, incluidos, entre otros, los regímenes farmacológicos; procedimientos o tratamientos nutricionales; cirugía estética, cirugía plástica; salabrasión, quimioterapia y otros procedimientos similares de abrasión cutánea asociados a la eliminación o revisión de cicatrices, tatuajes o cambios actínicos; no obstante, los cuidados y tratamientos médicos proporcionados por desfiguración causada por amputación, mastectomía, enfermedad o accidente, pueden compartirse en circunstancias específicas (para más detalles, véase Cirugía Plástica).

(l) Cuidado de Custodia.

Servicios o suministros proporcionados principalmente como tratamiento de reposo, mantenimiento, cuidado de custodia u otro tipo de atención que no trate una Enfermedad o Lesión.

(m) Anticonceptivos/Control de la Natalidad.

Los productos farmacéuticos, dispositivos y otros artículos prescritos o utilizados principalmente para la anticoncepción o el control de la natalidad, así como los procedimientos realizados con el fin de prevenir la concepción, no son compartibles. **Nota:** Revise los materiales del programa de farmacia por separado para ver si usted es elegible para un programa de medicamentos de prescripción o si ya tiene uno incluido en su programa de atención médica compartida.

(n) Atención Odontológica.

Las Prótesis Dentales y el cuidado o tratamiento de los dientes de la persona, ya sea por encima o por debajo de las encías, no son elegibles para compartir, excepto en el caso de la reparación de dientes naturales sanos dañados a causa de lesiones ocurridas mientras la persona sea Miembro Activo del Programa de Compartir; sin embargo, el daño a dientes naturales que ocurra mientras se come (por ejemplo, al romperse un diente con una palomita de maíz o un hueso de aceituna) no será elegible para compartir.

(o) Equipo Médico Duradero.

La compra, alquiler o sustitución de equipos o dispositivos duraderos o reutilizables, incluidos, entre otros, aparatos ortopédicos, audífonos, tubos, mascarillas y sus gastos asociados.

(p) Cargos en Exceso.

La parte de un gasto por atención y tratamiento de una lesión o enfermedad que supera el Cargo Usual, Habitual y Razonable, cuyo monto no se comparte entre los Miembros de Universal HealthShare. Universal HealthShare tiene la facultad discrecional de decidir, basándose en técnicas, criterios y normas establecidos o adoptados por Universal HealthShare, si un cargo es Usual, Habitual y Razonable. Universal HealthShare aboga en nombre de los Miembros Compartidos contra cualquier proveedor de servicios de salud que exija el pago de dichos Cargos en Exceso.

(q) Programas de Ejercicio.

Programas de ejercicio para el tratamiento de cualquier condición, excepto rehabilitación cardíaca y/o fisioterapia supervisadas por un médico.

(r) Servicios Experimentales, en Fase de Investigación, No Comprobados o No Aprobados.

Atención y tratamiento que sea Experimental, en Fase de Investigación o No Comprobado, o que no haya sido aprobado por la Asociación Médica Estadounidense, la FDA u otros organismos autorizados reconocidos por la industria, o que sea ilegal conforme a la legislación de los Estados Unidos El derecho a compartir dichos gastos podrá revisarse caso por caso.

(s) Eutanasia/Suicidio Asistido.

Los gastos por poner fin intencionadamente a una vida humana o contribuir a ello no son compartibles.

(t) Cuidado de los Ojos.

Terapia de ejercicios oculares, queratotomía radial u otra cirugía ocular para corregir la miopía. También exámenes rutinarios de la vista, incluidas refracciones, lentes para los ojos y exámenes para su adaptación. Esta exclusión no aplica a las lentes permanentes iniciales tras la extracción de cataratas.

(u) Incumplimiento de Indicaciones Médicas.

Gastos de atención y tratamiento de una lesión o enfermedad cuya necesidad se deba a no haber seguido los consejos médicos o a un retraso injustificado en seguirlos.

(v) Pruebas Genéticas.

Las pruebas genéticas, que incluyen el proceso de analizar células o tejidos para buscar cambios en genes, cromosomas o proteínas que puedan ser signo de una enfermedad o condición, como el cáncer, no pueden compartirse. Esto incluye pruebas presintomáticas y predictivas, pruebas de portadores, farmacogenética, pruebas prenatales, cribado de recién nacidos y pruebas de preimplantación.

(w) Bienes y Servicios Adquiridos a Familiares.

Las compras de Servicios a un familiar del Miembro no serán consideradas para compartir a menos que se documente y verifique que los Servicios fueron proporcionados al costo y a un precio determinado por UHF que constituya una Contraprestación Justa y Razonable.

(x) Caída del Cabello.

Cuidados y tratamientos para la caída del cabello, trasplantes capilares o cualquier medicamento que prometa el crecimiento del cabello, esté o no prescrito por un médico.

(y) Audífonos y Exámenes.

Gastos por servicios o suministros relacionados con exámenes rutinarios de audición, audífonos o exámenes para su adaptación.

(z) Aficiones Peligrosas.

Atención y tratamiento de una lesión o enfermedad derivada de la práctica de una afición peligrosa. Una afición es peligrosa si es una actividad que se caracteriza por una amenaza constante o recurrente de peligro o riesgo de lesiones corporales. Algunos ejemplos de aficiones peligrosas son, entre otros, escalar, la espeleología, el submarinismo, el paracaidismo, el puenting, el ala delta, el kitesurf, el parapente, el salto base y todos los demás deportes extremos.

(aa) Hemofilia.

Ninguna forma de Hemofilia es compartible.

(bb) Asistencia de Salud a Domicilio

Los Servicios de Atención Especializada en el hogar generalmente no son elegibles para compartir; sin embargo, se podrá aprobar el compartir hasta por 30 días de atención proporcionada por una Agencia de Atención Médica Domiciliaria por cada Incidente Médico relacionado, siempre que Universal HealthShare determine, a su entera discreción, que dicha atención domiciliaria reduce el gasto médico previsto y sustituye los servicios hospitalarios o de asilo de ancianos.

(cc) Homeopático.

Los tratamientos homeopáticos y las prescripciones no son compartibles.

(dd) Histerectomía.

Los gastos relacionados con una Histerectomía sólo se pueden compartir cuando se recibe una segunda opinión de un médico aprobado por Universal HealthShare. El médico que emite una segunda opinión debe examinar a la paciente antes de la intervención quirúrgica y debe considerar que la histerectomía es médicamente necesaria. El Miembro que comparte debe pre-notificar Universal HealthShare antes de la cirugía para la referencia al segundo médico.

(ee) Servicios para Empleados del Hospital.

Los servicios profesionales facturados por un médico o enfermero que sea empleado de un hospital o centro de enfermería especializada y que sea remunerado por el hospital o centro por los servicios prestados.

(ff) Actos Ilegales.

Cargos por servicios recibidos como resultado de lesiones o enfermedades causadas por participar en un acto u ocupación ilegal; por cometer o intentar cometer cualquier delito, acto criminal, asalto u otra conducta delictiva; incluyendo pero no limitado a la actividad ilegal de drogas, delitos contra las personas, delitos contra la propiedad y delitos con armas.

(gg) Impotencia.

Servicios quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento de la impotencia.

(hh) Infertilidad.

Los diagnósticos, pruebas, reparación quirúrgica, reparación no quirúrgica, impregnación quirúrgica, fecundación in vitro u otros procedimientos y los Medicamentos de Prescripción para el tratamiento de la infertilidad no son compartibles.

(ii) Intereses/Cargos de De Mora/Penalizaciones.

Los gastos ocasionados por intereses de mora, recargos o penalizaciones de cualquier proveedor no son compartibles. Los intereses o gastos financieros de una tarjeta de crédito o entidad de préstamo a la que el Miembro pide prestado para pagar facturas médicas tampoco son compartibles, a menos que el préstamo para efectuar el pago sea necesario y suponga realmente un ahorro sustancial o un descuento del 30% o más por pago anticipado o puntual (limitado a no más de tres meses de intereses y sujeto a autorización previa).

(jj) Cuidados de Larga Duración.

Las residencias de ancianos y otros cuidados de larga duración no son compartibles. Los servicios médicos no rutinarios que se cobran por separado durante los cuidados de larga duración son compartibles, sujetos a todas las limitaciones y condiciones aplicables del Programa establecidas en estas Directrices.

(kk) Servicios de Salud Mental.

Gastos de asesoramiento psiquiátrico o psicológico, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, asesoramiento por duelo, terapia de biorretroalimentación, pruebas psicológicas, tratamiento, medicación y hospitalización. Esta exclusión incluye el manejo de la medicación psiquiátrica, salvo lo indicado en la sección Requisitos Generales de Compartir, Restricciones, Limitaciones y Máximos.

(ll) Atención Naturopática.

Los ajustes, manipulaciones y otros tratamientos naturopáticos no son generalmente compartibles; sin embargo, los tratamientos legalmente proporcionados por un Doctor en Naturopatía autorizado que cumplan todos los siguientes criterios de la Sección VII.i. pueden ser compartidos. Los ajustes naturopáticos, manipulaciones y tratamientos similares que son compartibles y están sujetos a los límites de días se detallan en la Sección VII.i.

(mm) Actos Negligentes.

Los gastos resultantes de una enfermedad o lesión en la que el Miembro de Costos Compartidos ha actuado con negligencia o con imprudencia temeraria a la seguridad, como lo demuestran los registros médicos y según lo determinado por Universal HealthShare.

(nn) Ingresos Hospitalarios No Urgentes los Viernes o Sábados.

Cuidados y tratamientos facturados por un hospital por ingresos no urgentes en viernes o sábado; no obstante, esta limitación puede no aplicarse si la intervención quirúrgica se realiza en las 24 horas siguientes al ingreso.

(oo) Transporte No Urgente.

No son compartibles los gastos derivados del transporte en ambulancia por condiciones que no pongan en grave peligro la salud o la vida del Miembro de Costos Compartidos. Tampoco se pueden compartir los gastos adicionales de transporte a un centro que no sea el más cercano con capacidad para prestar la atención médica necesaria.

(pp) Uso No Urgente del Servicio de Urgencias.

Atención y tratamiento en sala de urgencias facturados por un hospital por servicios prestados en ausencia de una Situación de Urgencia, según determine Universal HealthShare a su entera discreción.

(qq) Gastos No Médicos.

Los gastos no directamente relacionados con los servicios médicos prestados no son compartibles (por ejemplo, gastos de teléfono, cama y/o comidas para las visitas, etc.).

(rr) Sin Obligación de Pago.

Gastos incurridos por los que el Miembro de Costos Compartidos no tiene obligación legal de pagar.

(ss) Servicio No Medicamento Necesario

Atención y tratamiento que no cumpla con los criterios de un Servicio Medicamento Necesario o que no esté especificado como un Servicio Medicamento Necesario, o atención, tratamiento, servicios o suministros no recomendados y aprobados por un Médico; o tratamiento, servicios o suministros cuando el Miembro de Costos Compartidos no esté bajo la atención regular de un Médico. Universal HealthShare se reserva el derecho de revisar la facturación presentada por los proveedores para el pago y, tras la revisión por parte de un profesional médico cualificado, negarse a compartir los gastos que se consideren que no son un Servicio Medicamento Necesario.

(tt) Suplementos Nutricionales.

Los productos nutricionales, suplementos, consultas, educación y material didáctico no son elegibles para compartir.

(uu) Nutricionista.

Los servicios de nutricionistas y asesores dietéticos no son elegibles para ser compartidos a menos que estén autorizados o certificados para prestar el servicio y éste sea prescrito por un profesional médico autorizado o, si el miembro está hospitalizado, prescrito por un miembro del personal del hospital.

(vv) Cirugía Profiláctica.

La extirpación de órganos o tejidos sanos como medida profiláctica (por ejemplo, para evitar una enfermedad para la que se cree que un Miembro tiene un mayor riesgo basado en mutaciones genéticas) generalmente no es compartible.

(ww) Medicamentos con Prescripción y Otros Medicamentos.

Los Medicamentos de Prescripción y otras medicinas no son elegibles para compartir, excepto en los siguientes casos: (1) medicamentos de prescripción proporcionados por un Hospital como parte de un tratamiento de hospitalización, o proporcionados por un Centro durante un procedimiento quirúrgico ambulatorio; o (2) medicamentos de prescripción administrados por un Médico durante una consulta en consultorio que, de no haber sido así, habrían sido proporcionados por un Hospital como parte de un tratamiento de hospitalización o por un Centro durante un procedimiento quirúrgico ambulatorio, siempre que dicha administración en consultorio resulte más costo-efectiva y el Monto Máximo Elegible para compartir se reduzca como consecuencia de haber sido administrado por un Médico en una visita al consultorio, en lugar de en un Hospital o Centro.

Los miembros reciben una tarjeta del plan de descuentos farmacéuticos que les ayuda a reducir el costo de los medicamentos. **Nota:** Revise los materiales del programa de farmacia por separado para ver si usted es elegible para un programa de medicamentos de prescripción o si ya tiene uno incluido en su programa de atención médica compartida.

(xx) Exámenes Físicos Prelaborales, Preescolares o Deportivos.

Los Exámenes Físicos Prelaborales, Preescolares o Deportivos no son elegibles para compartir si se realizan fuera del calendario normal de atención preventiva y de bienestar proporcionado por el Médico habitual del paciente.

(yy) Donación de Órganos/Tejidos.

Los gastos relacionados con la donación de órganos o tejidos no son compartibles.

(zz) Suministros médicos prescritos o no prescritos para pacientes ambulatorios.

Suministros médicos ambulatorios con o sin prescripción, incluyendo, pero no limitados a, medicamentos y tratamientos de venta libre, medias elásticas, tubos, mascarillas, suministros para ostomía, bombas de infusión de insulina, vendas elásticas, gasas, jeringas, tiras reactivas para diabéticos y suministros similares.

(aaa) Artículos de confort personal.

Artículos de confort personal u otros equipos, tales como, pero no limitados a, acondicionadores de aire, unidades de purificación de aire, humidificadores, calefactores eléctricos, colchones ortopédicos, instrumentos para medir la presión arterial, básculas, vendas o medias elásticas, medicamentos y fármacos sin prescripción, suministros de primeros auxilios y camas ajustables no hospitalarias. Esto incluye, pero no se limita a, suministros médicos ambulatorios con o sin prescripción, medicamentos y tratamientos de venta libre, tubos, mascarillas, suministros para ostomía, vendas elásticas, gasas, jeringas, tiras reactivas para diabéticos y suministros similares.

(bbb) Cirugía Plástica.

Pueden compartirse los cuidados y tratamientos médicos dispensados por desfiguración causada por amputación, mastectomía, enfermedad o accidente, incluida la mamoplastia reconstructiva a consecuencia de un cáncer de mama o procedimiento similar realizado por un cirujano general. Cualquier otra cirugía plástica o cuidado o tratamiento cosmético no es elegible para compartir, incluyendo, pero no limitado a, regímenes farmacológicos; procedimientos o tratamientos nutricionales; cirugía estética; salabrasión, quimioterapia y otros procedimientos de abrasión cutánea relacionados con la eliminación o modificación de cicatrices, tatuajes o cambios actínicos.

(ccc) Carreras Profesionales o Eventos Competitivos.

Gastos de tratamiento de lesiones o enfermedades durante las carreras o competiciones profesionales. Carrera profesional significa que dicha actividad es la vocación principal y el medio de sustento económico de una persona. Las carreras y competiciones profesionales incluyen, entre otras, las carreras o competiciones de automóviles, motocicletas, motos acuáticas, esquíes o rodeos.

(ddd) Familiares que Prestan Servicios.

Los servicios profesionales prestados por una persona que resida habitualmente en el domicilio del Miembro o que esté vinculada al Miembro en calidad de cónyuge, padre, hijo, hermano o hermana, tanto si el parentesco es consanguíneo como si existe de derecho.

(eee) Reemplazo de Aparatos Ortopédicos.

Sustitución de aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda, cuello, a menos que se produzca un cambio suficiente en el estado físico del Miembro de Costos Compartidos para que el aparato original deje de ser funcional.

(fff) Lesiones Autoinfligidas.

No son compartibles los gastos médicos debidos a lesiones autoinfligidas o causadas intencionadamente a uno mismo por un Miembro mayor de 12 años, esté cuerdo o no.

(ggg) Cambios de Sexo.

Atención, servicios o tratamiento del transexualismo no congénito, la disforia de género o la reasignación o cambio sexual. Esto incluye medicamentos, implantes, terapia hormonal, cirugía o tratamiento médico o psiquiátrico.

(hhh) Dispositivos y programas de seguridad/rendimiento relacionados con el deporte.

Dispositivos utilizados específicamente como elementos de seguridad o para afectar al rendimiento principalmente en actividades relacionadas con el deporte. No son elegibles los costos de membresía, inscripción o participación relacionados con programas de acondicionamiento físico, como entrenamiento atlético, musculación, ejercicio físico, flexibilidad y diversión o motivación general.

(iii) Esterilización Quirúrgica o Reversión.

Los gastos de atención y tratamiento para la esterilización quirúrgica o su reversión, incluidas la vasectomía y la ligadura de trompas, no pueden compartirse a menos que se realicen para tratar una condición médica.

(jjj) Gestación Subrogada.

Los gastos relacionados con una gestación subrogada no son compartibles.

(kkk) Disfunción de la Articulación Temporomandibular (ATM).

Los gastos por atención y tratamiento de, para, relacionados con o en conexión con la Disfunción de la Articulación Temporomandibular no son compartibles.

(III) Viajes o alojamiento.

Los gastos de viaje o alojamiento, recomendados o no por un médico, no son compartibles; no obstante, se considerará la posibilidad de compartir gastos razonables de viaje, transporte y alojamiento si el desplazamiento para obtener la atención médica en cuestión supone un ahorro significativo (póngase en contacto con el Servicio de Atención al Miembro de UHF para solicitar la consideración de dichos gastos para compartir).

(mmm) Violaciones de la Declaración de Fe y Creencias Compartidas.

Las necesidades que surjan de conductas inconsistentes con la Declaración de Fe y Creencias Compartidas de UHF u otros requisitos de Membresía o que ocurran cuando un miembro no está cumpliendo con los requisitos de Membresía, no son compartibles.

(nnn) Guerra.

Cualquier costo ocasionado por un acto de guerra, terrorismo o actividad militar, declarado o no.

(ooo) Procedimientos/Programas/Productos de Reducción de Peso.

Los procedimientos quirúrgicos realizados principalmente para reducir peso (por ejemplo, inserción de grapas o globos en el estómago, alambrado de la mandíbula, etc.) y los programas de pérdida de peso, centros dietéticos, clínicas de reducción de peso y planes de comidas, etc., no son compartibles.

XI. Notificación Previa, Certificación Previa y Segundas Opiniones

i. Notificación Previa.

La Notificación Previa es un medio de controlar la necesidad médica de los servicios para garantizar una asistencia rentable. La Pre-Notificación puede eliminar servicios innecesarios, hospitalizaciones, mientras que también permite a la UHF / Curam Wellness Center ayudar a elegir un centro que puede resultar en menores gastos compartidos por los miembros y reducir la cantidad de cargos que serán responsabilidad del miembro. La certificación de necesidad médica por parte del personal de Notificación Previa NO establece la elegibilidad para compartir ni garantiza que se satisfagan sus necesidades. Para ser considerados para gastos compartidos, todos los ingresos hospitalarios y otros tratamientos y servicios que se indican a continuación DEBEN notificarse POR ADELANTADO (Notificación Previa) llamando al número de Notificación Previa que aparece en el reverso de la tarjeta de miembro (o a Atención al Miembro si no se detalla en la tarjeta), excepto en caso de urgencia. El Miembro de Costos Compartidos, su Médico o su representante deben llamar al número de Notificación Previa que aparece en el reverso de la tarjeta de socio (o al Servicio de Atención al Miembro si no se detalla en la tarjeta) al menos siete (7) días antes de la admisión, tratamiento o recepción de servicios. Para una Notificación Previa, llame al número gratuito de Atención al Miembro que aparece en su tarjeta de Membresía de Universal HealthShare. Es responsabilidad del Miembro de Costos Compartidos asegurarse de que se contacta con el personal de Notificación Previa. Para ser elegible para compartir los costos, es necesaria la Notificación Previa en los siguientes casos:

- Todas las Hospitalizaciones como Paciente Interno (incluyendo Hospital, Cuidados Especializados de Enfermería, Instalaciones de Rehabilitación para Pacientes Internos y Cuidados Paliativos/Hospicio)
- Todos los Procedimientos Quirúrgicos – Hospitalarios, Ambulatorios y en Centros de Cirugía Ambulatoria
- Todos los Procedimientos Cardíacos Invasivos
- Pruebas de Alergias de más de \$500 de gastos previstos por año de programa
- Diagnóstico por imagen (IRM, TC, ARM, PET)

- Servicios de Trasplante de Órganos y Tejidos
- Tratamiento del Cáncer/Servicios de Oncología
- Servicios de Salud a Domicilio
- Tratamiento del Túnel Carpiano

Tras el ingreso en un Hospital, el Personal de Notificación Previa seguirá evaluando la evolución del Miembro de Costos Compartidos para monitorear la duración de la estancia hospitalaria y formular una recomendación sobre el máximo de días de estancia. El Miembro de Costos Compartidos y su Médico serán informados de dicha recomendación. Si el personal encargado de la Notificación Previa determina que ya no es necesaria la hospitalización continuada, los días adicionales no serán elegibles para compartir los costos entre los miembros. Los días adicionales no recomendados por el personal de Notificación Previa no son elegibles para compartir.

Todos los ingresos hospitalarios de urgencia Y los ingresos por maternidad DEBEN comunicarse al personal de Notificación Previa en las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al ingreso, o en el siguiente día laborable tras el ingreso, para ser elegibles para compartir. Si el Miembro de Costos Compartidos no puede realizar la Notificación Previa debido a la gravedad de la Enfermedad o Lesión, un Médico o una persona responsable que represente al miembro deberá ponerse en contacto con el personal de Notificación Previa lo antes posible.

Para determinar la elegibilidad para el reparto, todos los ingresos de Urgencias se revisan retrospectivamente para determinar si el tratamiento recibido era Medicamento Necesario, apropiado y correspondía a Servicios de Urgencias. La información que debe facilitarse al personal encargado de la Notificación Previa puede incluir, entre otros, los siguientes datos:

- Número de identificación del Miembro, nombre y fecha de nacimiento
- Códigos de procedimiento, hasta un máximo de 10 por solicitud de notificación
- Fecha del ingreso o procedimiento propuesto, si procede
- Códigos de diagnóstico (primario y secundario), hasta un máximo de seis por solicitud de notificación
- Ubicación del servicio: hospitalización o ambulatorio
- Número de identificación fiscal del centro de tratamiento (donde se presta el servicio)
- Número de identificación fiscal del proveedor que presta el servicio
- Código de diagnóstico CIE aplicable
- Número de teléfono de la persona que llama
- Número de teléfono del médico tratante
- Fecha del servicio real o del ingreso hospitalario (en los casos en que se contacte con el personal de Notificación Previa tras un ingreso hospitalario o de maternidad de urgencia).

ii. Precertificación.

Estas condiciones médicas requieren **una Certificación Previa** para confirmar la necesidad médica *más allá de la notificación previa*, incluido el requisito de obtener una segunda opinión médica. Estas condiciones son:

- Trasplante de cualquier órgano o tejido
- Bypass o injerto coronario de cualquier tipo
- Prótesis de rodilla o cadera

Estas condiciones deben ser precertificadas antes de que se puedan considerarse elegibles para compartir. Para iniciar la precertificación, llame a nuestro equipo de Atención al Miembro. Ellos le indicarán el proceso a seguir. Se siguen aplicando todas las normas de admisibilidad.

iii. Segunda Opinión Quirúrgica

Si un Médico recomienda una intervención quirúrgica a un Miembro, éste podrá solicitar una **Segunda Opinión Quirúrgica** para determinar si la intervención es Médicamente Necesaria. Universal HealthShare podrá exigir al Miembro que obtenga una segunda opinión, a su entera discreción.

Además, Universal HealthShare recomienda que se obtenga una segunda opinión antes de las siguientes Cirugías y en la mayoría de los casos requerirá una segunda opinión antes de proceder con los siguientes procedimientos:

- Adenoidectomía
- Bunionectomía
- Eliminación de cataratas
- Bypass coronario
- Colectomía (extirpación de la vesícula biliar)
- Dilatación y legrado
- Reparación del dedo en martillo
- Hemorroidectomía
- Herniografía
- Histerectomía
- Laminectomía (extirpación del disco intervertebral)
- Mastectomía
- Meniscectomía (extirpación del cartílago de la rodilla, incluido el abordaje artroscópico)
- Cirugía nasal (reparación de tabique nasal desviado, hueso o cartílago)
- Prostatectomía (extirpación total o parcial de la próstata)
- Liberación por atrapamiento del nervio medial (síndrome del túnel carpiano)
- Amigdalectomía a partir de los 25 años
- Varices (ligadura y extirpación)

Cuando una segunda opinión es requerida por un Programa de Universal HealthShare, o solicitada por el Miembro y aprobada por Universal Health Fellowship, los Gastos Médicos Elegibles serán compartidos hasta el Cargo Máximo Permitido Incurrido por esa opinión junto con laboratorio, rayos X y otros servicios Médicamente Necesarios ordenados por el segundo Médico que son requeridos para la segunda opinión, Segundas opiniones para Cirugía Estética, parto obstétrico normal y Cirugías que requieren sólo anestesia local no son compartidas. Si la segunda opinión no coincide con la primera, los Gastos Médicos Elegibles serán reembolsables por una tercera opinión, tal y como se ha descrito anteriormente para una segunda opinión. La segunda o tercera opinión debe emitirse en los 90 días siguientes a la primera.

En todos los casos en los que se solicite una segunda opinión, la recomendación original de Cirugía debe haber sido obtenida de un Médico colegiado en la especialidad médica en la que se encuadre la Cirugía recomendada. El médico consultado para una segunda opinión debe ser licenciado en la misma especialidad médica y no puede ser socio, asociado o afiliado del médico original. El Médico consultado para una tercera opinión debe ser licenciado en la misma especialidad médica y no puede ser socio, asociado o afiliado del Médico original o del Médico que emitió la segunda opinión.

XII. Varios.

i. Manejo de Casos.

En los casos en que la condición del Miembro de Costos Compartidos se espera que sea, o es, de naturaleza grave, Universal HealthShare puede hacer arreglos para el manejo de casos / servicios de atención alternativa a realizar. Universal HealthShare puede alterar o renunciar a las disposiciones normales de las Directrices cuando sea razonable esperar un resultado rentable sin sacrificar la calidad de la atención. El uso del manejo de casos o del tratamiento alternativo es siempre voluntario para el Miembro de Costos Compartidos; sin embargo, la no participación puede afectar a la elegibilidad para compartir.

ii. Otras Fuentes de Pago de Gastos Médicos.

Con el fin de conservar la dádiva de los Miembros de Costos Compartidos, es obligación del miembro perseguir el pago de cualquier otro pagador responsable de dichos gastos médicos presentados a Universal HealthShare por asistencia. Las necesidades no se pueden compartir en la medida en que el proveedor de asistencia de salud las descuenta o las pague cualquier otra fuente, ya sea privada, gubernamental o institucional. Si una organización gubernamental, aseguradora, religiosa, un tercero responsable, una organización fraternal o cualquier otra fuente de asistencia financiera paga alguna parte de la factura médica que califica, dicha cantidad compensará cualquier cantidad no compartida y/o compartida aplicada a las necesidades del miembro hasta el monto total de la necesidad. Si el Miembro de Costos Compartidos se niega a aceptar dicha asistencia, esa parte de la necesidad médica también se vuelve inelegible para compartirse.

(a) Cooperación de los Miembros.

Si el Miembro de Costos Compartidos no coopera plenamente y ayuda a Universal HealthShare a determinar si su necesidad es descontable o pagadera por otro responsable, la necesidad pasará a no ser susceptible de ser compartida. Tenga en cuenta que es la política oficial de Universal HealthShare nunca requerir o pedir a un Miembro de Costos Compartidos que busque ayuda de los programas de ayuda apoyados por los contribuyentes del gobierno.

(b) Fuentes.

Otras fuentes incluyen, pero no se limitan a, todos los seguros privados, gubernamentales e institucionales, incluyendo, pero no limitándose a, Medicare, Medicaid, la Administración de Veteranos, Champus y Compensación para Trabajadores. Si el Miembro de Costos Compartidos tiene 65 años de edad o más, esta limitación también incluye las necesidades que son pagaderas por Medicare Partes A, B, C y/o D, ya sea que el Miembro de Costos Compartidos esté inscrito en Medicare o no.

(c) Tercero Responsable.

En la medida en que dichos gastos sean pagados por seguros, Medicare, Compensación Para Trabajadores, Medicaid y otros terceros responsables u otras fuentes, dichos gastos se considerarán no elegibles para compartir. En la medida en que los miembros compartan gastos que puedan ser responsabilidad de un tercero responsable, el miembro está obligado a cooperar con cualquier documentación o información necesaria para facilitar el reembolso a los miembros. En la medida en que dichos gastos sean posteriormente pagados por el seguro, Medicare, Compensación para Trabajadores, Medicaid, o cualquier otro tercero o fuente responsable, el Miembro que Comparte es responsable de reembolsar a los miembros por cualquier pago recibido posteriormente de otra fuente que fue previamente compartido entre los miembros y pagado.

iii. Pago de los Montos Elegibles para Compartir Tras la Defunción.

Si un Miembro de Costos Compartidos, en el momento de su fallecimiento, tiene Gastos Médicos Elegibles pendientes que no han sido compartidos en el momento del fallecimiento, se aplican las siguientes disposiciones:

1. Los Gastos Médicos Elegibles presentados por el proveedor en el curso normal de su actividad se compartirán del mismo modo que si el miembro no hubiera fallecido.
2. Los Gastos Médicos Elegibles no presentados por el proveedor, pero pagados o pagaderos directamente por el miembro o en su nombre y presentados para ser compartidos dentro de un plazo razonable a partir de la facturación o el pago, serán compartidos, y el pago se dirigirá a la sucesión del Miembro de Costos Compartidos fallecido, o de conformidad con una orden del Tribunal aplicable con jurisdicción testamentaria.

XIII. Apelaciones de Decisiones sobre Compartir y Resolución de Disputas

Universal HealthShare es una asociación voluntaria de personas con ideas afines que se unen para ayudarse mutuamente compartiendo gastos médicos. Una asociación tan solidaria no se presta bien a la mentalidad de los derechos jurídicamente exigibles. Sin embargo, se reconoce que se producirán diferencias de opinión y que debe disponerse de una metodología para resolver las disputas. Por lo tanto, al convertirse en un Miembro de Costos Compartidos de Universal HealthShare, usted acepta que cualquier disputa que tenga con o contra Universal HealthShare, sus asociados o empleados, se resolverá utilizando los siguientes pasos de acción, y sólo como último recurso.

Si se toma una determinación con la que el Miembro de Costos Compartidos no está de acuerdo y cree que hay una razón lógicamente defendible por la que la determinación inicial es incorrecta, entonces el Miembro de Costos Compartidos puede presentar una apelación (o un proveedor puede presentar una apelación en nombre del Miembro de Costos Compartidos).

i. Apelaciones.

La mayoría de las diferencias de opinión pueden resolverse simplemente llamando a Universal HealthShare. Un representante del Servicio de Atención al Miembro intentará resolver el asunto en un plazo de 10 días hábiles. Si tiene alguna duda sobre cómo tramitar las apelaciones, llame al número de teléfono de Atención al Miembro de UHF que aparece en su tarjeta de membresía o póngase en contacto con customerservice@universalhealthfellowship.org.

(a) Apelación de 1^{er} Nivel.

Si el Miembro de Costos Compartidos no está satisfecho con la determinación del Representante de Servicios al Miembro, entonces el Miembro de Costos Compartidos o un proveedor en nombre de un miembro puede solicitar una revisión por el Gerente de Procesamiento de Necesidades. La apelación debe presentarse por escrito, indicando los elementos del litigio y los hechos pertinentes. Es importante que la apelación aborde todos los aspectos siguientes:

- ¿Qué información tiene Universal HealthShare que es incompleta o incorrecta?
- ¿Cómo cree que Universal HealthShare ha malinterpretado la información de que dispone?
- ¿Qué disposición de las Directrices de Universal HealthShare cree que Universal HealthShare aplicó incorrectamente?

En un plazo de treinta (30) días, el Gerente de Procesamiento de Necesidades dictará una resolución por escrito.

(b) Apelación de 2^{do} Nivel.

Si el asunto sigue sin resolverse debido a la impugnación de la necesidad médica, la parte perjudicada puede solicitar que el conflicto se someta a un tercero externo e independiente que no haya participado en la determinación original. El tercero externo e independiente revisará los asuntos impugnados y emitirá su dictamen por escrito en un plazo de treinta (30) días.

(c) Apelación de Último Nivel

Si el Miembro de Costos Compartidos no está satisfecho con la determinación de la apelación, entonces el Miembro de Costos Compartidos puede solicitar una revisión por parte de la Junta Directiva de Universal Health Fellowship. La apelación debe presentarse por escrito, indicando los elementos del litigio y los hechos pertinentes. En un plazo de treinta (30) días, la Junta Directiva de Universal Health Fellowship tomará una decisión que será comunicada por escrito al Miembro de Costos Compartidos.

ii. Mediación y Arbitraje

Si el Miembro de Costos Compartidos agraviado no está de acuerdo con la conclusión del Recurso Final, entonces el asunto será resuelto por mediación y, si es necesario, arbitraje legalmente vinculante de acuerdo con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. La sentencia sobre una decisión de arbitraje puede ser presentada en cualquier tribunal que tenga jurisdicción. Los Miembros de Costos Compartidos entienden que estos métodos serán el único recurso para cualquier controversia o reclamación que surja de las Directrices de Compartir y renuncian expresamente a su derecho de presentar una demanda en cualquier tribunal civil contra el otro para tales disputas, excepto para hacer cumplir una decisión de arbitraje. Dicho arbitraje se celebrará en Atlanta, Georgia, sujeto a las leyes del Estado de Georgia. Universal HealthShare pagará los honorarios del árbitro en su totalidad y todos los demás gastos del arbitraje, a condición, sin embargo, de que cada parte pague y asuma el costo de su propio transporte, alojamiento, expertos, pruebas y asesoramiento jurídico, y siempre que el Miembro de Costos Compartidos agraviado reembolse el costo total del Arbitraje en caso de que el Árbitro determine a favor de Universal HealthShare y no del Miembro de Costos Compartidos agraviado. El Miembro de Costos Compartidos agraviado acepta quedar jurídicamente vinculado por la decisión del Árbitro. Las normas de procedimiento de la Asociación Americana de Arbitraje serán el único y exclusivo procedimiento para resolver cualquier disputa entre los miembros individuales y Universal HealthShare cuando las disputas no puedan resolverse de otro modo.

XIV. Modificación de las Directrices de Compartir

i. Promulgación de Cambios.

Estas Directrices pueden ser modificadas de vez en cuando según lo requieran las circunstancias y según lo determine apropiado una mayoría de votos de la Junta Directiva de Universal Health Fellowship. La Junta Directiva tiene la opción, a su discreción, de someterse primero a una votación consultiva de los Miembros de Costos Compartidos antes de realizar cualquier modificación de este tipo.

ii. Fecha de Entrada en Vigencia de las Modificaciones.

Las modificaciones de las Directrices entrarán en vigencia tan pronto como resulte práctico desde el punto de vista administrativo o cuando la Junta Directiva disponga otra cosa. Los gastos médicos presentados para compartir estarán sujetos a la edición de las Directrices vigentes en las fechas de servicio pertinentes, independientemente de cuándo se presenten los gastos médicos o se registren como recibidos por Universal HealthShare, y dicha edición de las Directrices sustituirá a todas las demás ediciones de las directrices y a cualquier otra comunicación, escrita o verbal.

iii. Notificación de Cambios.

Los cambios en las Directrices se notificarán a los Miembro de Costos Compartidos en el curso normal de comunicación con los miembros, pero en ningún caso después del siguiente Mes de Aniversario del Miembro. Las modificaciones sustanciales de las Directrices se notificarán en un plazo de noventa (90) días o tan pronto como sea razonablemente posible.

XV. Definiciones

A continuación se definen los términos de uso común utilizados en las Directrices y en la Solicitud de Inscripción:

Hijo Adulto significa (i) un Hijo de un Miembro de Costos Compartidos mayor de 17 años y menor de 26 años; (iii) residir en el mismo domicilio que el Miembro de Costos Compartidos o estar escolarizado a tiempo completo, manteniendo el domicilio del Miembro de Costos Compartidos como residencia principal oficial.

Dependiente Adulto significa un hijo o hija del Miembro de Costos Compartidos, por nacimiento o adopción legal, mayor de 25 años de edad que es un Dependiente del Miembro de Costos Compartidos que reside en el mismo hogar que el Miembro de Costos Compartidos y está permanente y totalmente incapacitado y mental o físicamente incapaz de sostener su propia vida.

Centro Quirúrgico Ambulatorio se refiere a cualquier establecimiento público o privado autorizado y aprobado por el Estado (siempre que lo exija la ley) con un personal médico organizado de Médicos, con instalaciones permanentes que están equipadas y funcionan principalmente con el fin de realizar procedimientos quirúrgicos, con servicios continuos de Médicos y servicio de enfermería profesional registrado siempre que un paciente se encuentre en las instalaciones, y que no proporciona servicio u otros alojamientos para que los pacientes pernecten.

Fecha de Aniversario o Fecha de Entrada en Vigencia significa la fecha en la que comenzó la participación de miembro en el Programa.

Mes de Aniversario significa el primer mes calendario de Membresía de cualquier solicitante aceptado.

Cantidad Anual No Elegible Para Compartir (NSA) es la cantidad de gastos médicos elegibles que debe pagar el Miembro antes de que cualquier necesidad pueda calificar para ser compartida.

Examen Físico Anual de Rutina o Examen del Niño Sano : un examen físico preventivo anual realizado por un médico que suele incluir un control de las constantes vitales y mediciones físicas básicas (por ejemplo, mediciones de altura, peso, índice de masa corporal, temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, nivel de oxígeno en sangre, etc.), una revisión de los antecedentes médicos personales y familiares del paciente y una evaluación de los posibles factores de riesgo de enfermedades prevenibles (por ejemplo, diabetes de Tipo 2 y depresión), y puede incluir un examen de cabeza y cuello, un examen pulmonar, un examen abdominal, un examen neurológico, un examen dermatológico, un examen de las extremidades y pruebas de reflejos, así como el envío de muestras de orina y/o sangre para análisis de laboratorio. En el caso de los hombres, un Reconocimiento Médico Anual de rutina también puede incluir un examen testicular, un examen de hernia y un examen de próstata. En el caso de las mujeres, un examen físico anual de rutina también puede incluir un examen mamario, un examen pélvico, una prueba de Papanicolaou y una prueba del VPH. En el caso de los niños, el Examen Anual del Niño Sano también puede incluir un gráfico del crecimiento y el desarrollo, la medición del perímetro cefálico y preguntas al niño y a sus padres sobre su comportamiento, salud emocional, autoestima, desarrollo intelectual, hábitos de ejercicio, patrones de sueño, higiene, nutrición y hábitos alimentarios.

Máximo Anual para Compartir o Límite Anual para Compartir significa, para cualquier Miembro y Programa, la cantidad total máxima de gastos médicos que pueden ser compartidos para cualquier Miembro individual en un periodo anual de Membresía.

Solicitante significa un Miembro de Costos Compartidos adulto que participa por sí mismo; y/o su cónyuge, y/o un Menor(es) inscrito(s) por un padre o tutor, que certifica que asume la responsabilidad financiera de la membresía compartida del Menor(es) y que firma la solicitud de inscripción en nombre del Menor(es).

Fecha de Solicitud significa la fecha en que Universal HealthShare recibe la Solicitud de Inscripción a la Membresía con las fechas correspondientes incluidas.

Gasto Médico Aprobado significa un Gasto Médico Elegible o parte del mismo que ha sido específicamente aprobado por Universal HealthShare para ser compartido de acuerdo con los términos de las Directrices de Compartir, sujeto al cumplimiento del requisito de Cantidad Anual No Elegible para Compartir y todas las demás condiciones y limitaciones del Programa, incluidos los honorarios o costos incurridos por Universal HealthShare para reducir el monto de la Necesidad de Gasto Médico correspondiente.

Necesidades Asignadas significa las Necesidades de Gastos Médicos específicas de otro Miembro o Miembros que Universal HealthShare asigna a un Miembro Activo para compartir.

Asignación de Compartir se refiere a un acuerdo mediante el cual el Miembro del Programa asigna a un Proveedor la recepción de las Contribuciones Voluntarias de los Miembros para Gastos Elegibles, si las hubiera, en estricta conformidad con los términos de las Directrices de Compartir. Si un proveedor acepta dicho acuerdo, los derechos de los Proveedores a recibir pagos del Miembro que paga por sí mismo por los servicios prestados son iguales a las cantidades de Participación de los Miembros recibidas por el Miembro de otros Miembros del Programa, y están limitados por los términos de las Directrices de Compartir. Un Proveedor que acepta este acuerdo en lugar de facturar directamente al Miembro del Programa indica su aceptación de la Asignación de Compartir como contraprestación total por los servicios, suministros y/o tratamientos prestados, reconoce la suficiencia de dicha contraprestación y renuncia a su derecho de facturar al Miembro del Programa cualquier monto superior a la Cantidad Compartida Elegible. Si algún Proveedor que haya aceptado una Asignación de Compartir posteriormente no trata dicha Asignación de Compartir como contraprestación total por los servicios, suministros y/o tratamientos prestados, Universal HealthShare podrá, a su entera discreción, dejar sin efecto la Asignación de Compartir y continuar tratando al Miembro del Programa como el destinatario legítimo de las Contribuciones Voluntarias de los Miembros para Gastos Elegibles. Cualquier Proveedor que haya aceptado la Asignación de Compartir y el pago de las Contribuciones de los Miembros, y que posteriormente intente recuperar del Miembro de Costos Compartidos, bajo cualquier teoría jurídica o equitativa, cualquier monto que exceda el Monto Compartido Elegible, estará actuando en violación de las Directrices de Compartir y estará obligado a reembolsar de inmediato a UHS, en beneficio del Miembro de Costos Compartidos, todas las Contribuciones de los Miembros pagadas a dicho Proveedor en relación con los gastos médicos en cuestión.

Por **Revisión de Facturas** se entiende la auditoría y revisión independientes de los gastos médicos facturados y/o de los historiales médicos de un Proveedor para identificar cualquier Cargo No Válido, calcular la Contraprestación Justa y Razonable por los servicios y suministros prestados, establecer si dichos gastos son o no Usuales, Habituales y Razonables, y determinar si los gastos médicos facturados o alguna parte de los mismos cumplen, satisfacen y se ajustan a los criterios, normas y requisitos aplicables de las Directrices.

Comité de Asistencia Benéfica significa el comité compuesto por Miembros Filantrópicos, nombrados por el Consejo de Administración de Universal Health Fellowship Inc. o su Director General, que se encarga de revisar y aprobar o rechazar, total o parcialmente, las Solicitudes de Asistencia Benéfica sometidas a la consideración del Ministerio.

Fondo de Ayuda Benéfica se refiere al fondo mantenido por el Ministerio de las contribuciones realizadas por los Miembros Filantrópicos y los donantes no Miembros para su uso en circunstancias excepcionales con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades que no reúnan los requisitos o queden fuera de las limitaciones establecidas en virtud de las presentes Directrices o superen los recursos disponibles.

Solicitud de Ayuda Benéfica significa una solicitud de ayuda benéfica presentada por el Ministerio para su consideración por el Comité de Ayuda Benéfica.

Niño significa una persona menor de 26 años que es: (i) hijo o hija de un Miembro de Costos Compartidos, por nacimiento o adopción legal; (ii) un hijastro o hijastra de un Miembro de Costos Compartidos; (iii) un pupilo legal para quien el Miembro de Costos Compartidos ha sido designado como tutor por orden judicial; o (iv) una persona para quien el Miembro de Costos Compartidos ha recibido una Orden de Manutención Médica Calificada, incluyendo un Hijo Menor o un Hijo Adulto.

CMS significa Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Relación de Costos de CMS se refiere a la relación entre los costos de las instalaciones y los montos facturados, utilizada por CMS para determinar el reembolso de las instalaciones o reflejada en el informe más reciente disponible del Hospital sobre la relación de costos departamentales presentado a CMS y publicado como el "Informe de Costos de Medicare" en el Directorio de Hospitales de Estados Unidos (American Hospital Directory).

Las **Complicaciones del Embarazo** son trastornos que se manifiestan antes de que finalice el embarazo, como nefritis aguda, embarazo ectópico, aborto espontáneo, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido, hiperémesis gravídica, preeclampsia y eclampsia.

Miembro Condicional significa una persona (i) con un problema de salud que puede mejorarse o eliminarse mediante un cambio de comportamiento y que Universal HealthShare ha aceptado como miembro de forma provisional, sujeta a requisitos adicionales relacionados con la modificación de determinados comportamientos y la adopción de medidas razonables para mejorar o eliminar el problema de salud en cuestión; y (ii) que cumple los requisitos para participar mensualmente aportando la cuota mensual sugerida para las necesidades de gastos médicos de otras personas y que cumple los requisitos para recibir aportaciones de otros miembros para las necesidades de gastos médicos que puedan presentar para compartir. Si un Miembro de Costos Compartidos existente desarrolla una condición de salud que puede ser mejorada o eliminada por un cambio de comportamiento, Universal HealthShare puede ejercer su discreción para cambiar el estado de dichos miembros a la de un Miembro Condicional, sujeto a requisitos adicionales de Membresía relacionados con la modificación de ciertos comportamientos y la adopción de medidas razonables para mejorar o eliminar la condición de salud en cuestión.

Responsabilidad Compartida significa la parte de los Gastos Médicos Elegibles, expresada en porcentaje, que sigue siendo responsabilidad exclusiva de un Miembro y que no se compartirá (por ejemplo, 15% de Responsabilidad Compartida significa que sólo se puede compartir el 85% de los Gastos Médicos Elegibles, 30% de Responsabilidad Compartida significa que sólo se puede compartir el 70% de los Gastos Médicos Elegibles, etc.).

Procedimiento Cosmético o Cirugía Cosmética significa cualquier procedimiento o tratamiento quirúrgico o médico realizado para mejorar la apariencia de un paciente o remodelar una estructura del cuerpo que funcione normalmente con el fin de realzar, mejorar o alterar la forma y la apariencia.

Costo(s) significa: (a) en lo que respecta a Servicios Hospitalarios y de Centros, los costos determinados a partir de la revisión y análisis de las Tasas de Costo del CMS aplicables a la instalación, o de conformidad con cualquier otra Tasa de Costo del CMS relevante, o con base en cualquier otra información de costos, fuentes, listas o datos comparativos publicados o disponibles públicamente (de forma gratuita, mediante compra o por suscripción), o cualquier combinación de los anteriores que, en opinión de Universal HealthShare o de su Auditor de Gastos Médicos, se consideren suficientes; (c) en lo que respecta a suministros médicos y quirúrgicos, implantes y dispositivos, los costos para el Proveedor de dichos artículos, los cuales pueden establecerse mediante una factura del Proveedor o una declaración certificada de un representante del Proveedor o, en ausencia de dicha factura o declaración, a través de otras fuentes de información sobre costos o datos comparativos, como facturas comparables, recibos, listas de precios u otra documentación o recursos publicados o disponibles públicamente (de forma gratuita, mediante compra o por suscripción), o cualquier combinación de los anteriores, que se consideren suficientes en opinión de Universal HealthShare o de su Auditor de Gastos Médicos; (d) en lo que respecta a productos farmacéuticos proporcionados por un Hospital o Centro, el costo de adquisición determinado con referencia al Costo Nacional Promedio de Adquisición de Medicamentos calculado por CMS, el Costo Promedio de Adquisición (AAC) del estado en el que se encuentra el centro, el Costo de Adquisición Predictivo calculado por Glass Box Analytics, u otra fuente de datos comparable y reconocida; (e) en lo que respecta a suministros médicos y quirúrgicos, implantes y dispositivos proporcionados por un Hospital o Centro, el costo de adquisición determinado con referencia a una factura presentada por el Hospital o Centro o, en ausencia de dicha factura, una declaración escrita del Hospital o Centro que especifique su costo real de adquisición o, en ausencia de dicha factura o declaración escrita, mediante otra documentación o fuentes de datos sobre costos tales como, pero sin limitarse a, facturas comparables, recibos, listas de precios u otras fuentes de datos comúnmente reconocidas, u otra documentación o fuentes de información sobre costos que se consideren apropiadas por Universal HealthShare o su Auditor de Gastos Médicos.

Asistencia Odontológica es toda asistencia prestada por un dentista debidamente formado y autorizado para ejercer la odontología y que ejerza dentro del ámbito de dicha autorización.

Dependiente se refiere al cónyuge del solicitante; los hijos (naturales o adoptados legalmente de cualquiera de los cónyuges) o una persona soltera menor de 26 años que sea hijo del solicitante por nacimiento o adopción legal o por la que

el solicitante tenga una Orden Calificada de Manutención Médica para Menores (QMCSO). El hijastro del solicitante también se considera dependiente siempre que el cónyuge del solicitante participe en la misma membresía de costos compartidos.

Proveedor de Descuentos es cualquier hospital, médico u otro proveedor de asistencia médica que haya aceptado tarifas reducidas por los servicios prestados a los miembros de Universal HealthShare.

Se entiende por **Pareja de Hecho** la unión espiritual y legal de dos personas unidas como pareja en una relación consensual y contractual reconocida por las leyes y reglamentos sobre uniones civiles o parejas de hecho del Estado en el que se haya formado dicha unión.

Gasto Médico Elegible significa una Necesidad de Gasto Médico de un Miembro o parte del mismo que podría calificar para ser compartida de acuerdo con los términos de las Directrices de Compartir si se asumiera que el Miembro no tiene Responsabilidad Compartida y que todas las Cantidades No Elegibles Para Compartir (NSA) aplicables ya han sido pagadas al Miembro.

Por **urgencia** se entiende una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente con conocimientos medios de salud y medicina pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata provoque (a) un grave peligro para la salud del paciente (o de su feto), (b) una alteración grave de las funciones corporales o (c) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Error es cualquier error o incorrección en la facturación, incluidos, entre otros, la sobrefacturación, los cargos duplicados, los cargos por cuidados, suministros, tratamientos o servicios no prestados o realizados realmente, o los cargos que se consideren no válidos, inadmisibles o incorrectos en virtud de cualquier ley, reglamento, norma o estándar profesional aplicable.

Fecha Estimada del Parto significa la fecha en que se espera que se produzca el inicio espontáneo del parto, que los médicos suelen estimar sumando 280 días al primer día del último periodo menstrual de la futura madre antes del embarazo.

Exceso significa cargos que exceden la Consideración Justa y Razonable o los Honorarios Usuales, Habituales y Razonables, o son por servicios que no se consideran Razonables o Médicamente Necesarios o por montos facturados que constituyen Cargos No Válidos, basados en la determinación de Universal HealthShare o su delegado de acuerdo con los términos de las Directrices de Compartir.

Centro se refiere a cualquier centro que preste servicios médicos en régimen Ambulatorio, ya sea un Centro Afiliado a un Hospital o un Centro Independiente.

Contraprestación Justa y Razonable se refiere a una cantidad que constituiría un pago justo y razonable a un Proveedor por los Servicios prestados de acuerdo con los términos de las Directrices de Compartir y aprobados para ser compartidos, bajo los hechos y circunstancias que rodean la prestación de los mismos, teniendo en cuenta el Costo para el Proveedor por la prestación de los Servicios, los honorarios que el Proveedor suele aceptar como pago por los Servicios de o en nombre de la mayoría de los pacientes que reciben los Servicios, los honorarios que los Proveedores de formación y experiencia similares en la misma "área" aceptan con mayor frecuencia como pago por los Servicios de o en nombre de la mayoría de los pacientes que reciben los Servicios, y las tasas de reembolso de Medicare para dichos Servicios. La Contraprestación Justa y Razonable puede ser inferior a los siguientes niveles pero, a falta de conclusiones específicas de Universal HealthShare que indiquen lo contrario, no se considerarán Contraprestaciones Justas y Razonables los montos que superen los siguientes niveles:

- Servicios de Hospitalización: 150% de la Cantidad Permitida por Medicare para los servicios elegibles.

- Servicios Ambulatorios de Hospitales y Centros de Cirugía Ambulatoria: 155% de la Cantidad Permitida por Medicare para los servicios elegibles.
- Servicios prestados por Centros Independientes sin un Monto Permitido por Medicare: 155 % del Monto Permitido por Medicare para servicios y suministros comparables en otros centros similares dentro de la misma región geográfica, y/o 135 % del reembolso según la Escala de Valor Relativo Basada en Recursos ("RBRVS", por sus siglas en inglés) para los servicios y suministros comparables en la misma región geográfica.
Nota: Para los centros fuera de los Estados Unidos, la Cantidad Permitida por Medicare se basará en el menor de los cargos facturados o la cantidad que pagaría Medicare como reembolso por servicios y suministros comparables si se obtuvieran de un Proveedor en las cercanías del domicilio del Miembro en los Estados Unidos. UHF determinará las cantidades comparables de los gastos elegibles en dólares estadounidenses en función del tipo de cambio vigente en el momento del reembolso. Llame al número de Notificación Previa que aparece en el reverso de la tarjeta de membresía para que le ayuden a presentar la documentación correcta para la solicitud de necesidades.
- Otros Servicios Médicos y Quirúrgicos: Los Servicios médicos y/o quirúrgicos generales elegibles no abordados anteriormente en los dos subapartados inmediatamente anteriores podrán establecerse o calcularse teniendo en cuenta y/o basándose en: (i) los montos de reembolso admisibles para dichos Servicios según el Reembolso de Montos Admisibles de Medicare u otra metodología de pago de honorarios de Medicare más un 40% adicional; (ii) los Costos de dichos Servicios más un 25% adicional; o (iii) los honorarios Usuales, Habituales y Razonables reflejados o determinados por referencia o mediante el uso de cualquier otro recurso estándar del sector o fuentes de datos ampliamente reconocidas, incluidos los recursos enumerados anteriormente o cualquier otra información sobre honorarios y/o costos, fuentes, listas o datos comparativos publicados o a disposición del público (gratuitos, de compra o por suscripción), o cualquier combinación de dichos recursos que sean suficientes, en opinión de Universal HealthShare, para determinar un monto razonable para dicho Gasto Médico Elegible en virtud del Programa.
- Centros sin Referencias Comparables y Servicios Específicos: En caso de que, por razones técnicas, no sea posible determinar los parámetros de pago para los servicios elegibles conforme a las directrices establecidas en las tres subsecciones inmediatamente anteriores, y para otros Servicios o Suministros especificados a continuación, los parámetros de pago podrán determinarse de la siguiente manera:
 - Cargos Farmacéuticos de cualquier Hospital o Centro: 120 % del Costo para Medicamentos de Alto Costo y 150 % del Costo para otros productos farmacéuticos distintos de los Medicamentos de Alto Costo, sin que excedan las Tarifas Usuales y Acostumbradas (U&C, por sus siglas en inglés) para dichos productos farmacéuticos.
 - Suministros, Implantes y Dispositivos. 120% del costo de dichos artículos
 - Atención Clínica. 200% de las tarifas RBRVS para el área geográfica pertinente.
- Atención Médica y Quirúrgica por parte de Médicos, Laboratorio, Terapia, Servicios de Rayos X y Radiología Diagnóstica o Terapéutica: 140 % del Monto Permitido por Medicare (según el tarifario RBRVS específico por región geográfica) para servicios comparables en la misma región geográfica, o con base en los honorarios para Servicios comparables en la misma región geográfica, pagados en el percentil noventa (90.º) de los pagos reflejados en la base de datos o libro de Referencia de Honorarios Médicos vigente.
- Servicios de Diálisis y Terapia de Infusión. Determinado mediante la revisión de la Cantidad Permitida por Medicare para el proveedor de facturación teniendo en cuenta las consideraciones clínicas pertinentes al paciente que está siendo tratado.

Independientemente de las prácticas habituales de cualquier Proveedor u otros proveedores de servicios comparables, la Contraprestación Justa y Razonable no incluirá montos por ningún Cargo No Válido.

No obstante las disposiciones anteriores, en el caso de los Proveedores que forman parte de la Red, se considerará que el monto de la tarifa con descuento de la Red constituye una Contraprestación Justa y Razonable.

La **Negligencia Grave** es una indiferencia consciente y voluntaria hacia un deber legal y una violación flagrante del mismo. También es una imprudencia temeraria para la seguridad.

Directrices o Directrices de Compartir significa la documentación que describe los tipos de gastos médicos compartidos por los miembros y cómo funciona Universal HealthShare para facilitar ese compartir.

Por **Medicamentos de Alto Costo** se entienden los productos farmacéuticos generalmente clasificados como "medicamentos huérfanos" o "medicamentos especializados" u otros medicamentos de alto costo, incluidos, sin limitaciones, productos biológicos, medicamentos oncológicos, proteínas morfogenéticas óseas, combinaciones de análogos de nucleótidos, terapias antirretrovirales, inmunoglobulina intravenosa y cualquier medicamento que cueste más de \$10,000 por un ciclo de tratamiento o durante el transcurso de un único episodio asistencial.

Afición es una actividad que se realiza regularmente en el tiempo libre para disfrutar, por placer o recreo.

Hospital se refiere a una institución que cumple todos los requisitos siguientes:

- Proporciona instalaciones médicas y quirúrgicas para el tratamiento y cuidado de personas heridas o enfermas en régimen de hospitalización;
- Está bajo la supervisión de un equipo de médicos;
- Ofrece servicio de enfermería las 24 horas del día a cargo de enfermeras tituladas;
- Está debidamente autorizado como hospital;
- No es, salvo incidentalmente, un lugar de descanso, lugar para ancianos, residencia de ancianos o institución de tipo asistencial o de entrenamiento, o una institución sostenida en todo o en parte por un fondo del gobierno federal; y
- Está acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, patrocinada por la AMA y la AHA.

El requisito de las instalaciones quirúrgicas no se aplicará a un Hospital especializado en el cuidado y tratamiento de pacientes con enfermedades mentales, siempre que dicha institución esté acreditada como tal por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales patrocinada por la AMA y la AHA. Hospital" también tendrá el mismo significado, cuando proceda según el contexto, que se establece en la definición de "Centro Quirúrgico Ambulatorio".

Centro Afiliado a un Hospital significa Centro Quirúrgico Ambulatorio u otro centro que presta servicios médicos en régimen Ambulatorio y que es propiedad de un hospital, está controlado o administrado por éste o afiliado formalmente a él.

Red de Hospitales y Centros se refiere a la red de Hospitales y otros centros médicos, como Centros Quirúrgicos Ambulatorios, con los que un Programa de UHS ha contratado para que los Miembros reciban tarifas con descuento por servicios médicos.

Gastos de Hospital son los gastos de un Hospital por Servicios Médicos, pero sólo cuando dichos Servicios Médicos no puedan prestarse o realizarse en régimen ambulatorio o en un centro ambulatorio no hospitalario.

Grupo Familiar Grupo Familiar del Miembro significa todas las personas de una familia que participan juntas como Miembros.

Por **Drogas Ilegales** se entienden las drogas u otras sustancias clasificadas en la Lista 1 del Título 21 de la Ley de Sustancias Controladas del Código de Estados Unidos.

Enfermedad o Lesión significa una enfermedad, dolencia, lesión o condición médica formalmente definida y ampliamente reconocida y aceptada en la comunidad médica.

En-La-Red o Servicios En-La-Red significa un Proveedor que participa en una Red utilizada para su Programa de Atención Médica Compartida o servicios médicos obtenidos de un Proveedor que participa en una Red utilizada para su Programa de Atención Médica Compartida.

Centro Independiente significa un Centro que no es un Hospital y que no es propiedad de un hospital, ni está controlado, administrado o afiliado a un Hospital (por ejemplo, un Centro Quirúrgico Ambulatorio o un centro de nefrología).

Cargos No Válidos son aquellos: (a) cargos que se determina que se basan en "Errores", "Facturación Separada", "Identificación Errónea" o "Descripción Poco Clara" (tal y como se definen dichos términos en la sección "Programa de Revisión y Validación de reclamaciones" de las Directrices); (b) cargos por honorarios o servicios que se determina que no han sido Médicamente Usuales, Habituales y Razonables; o (c) cargos que el Auditor de Gastos Médicos o Universal HealthShare determina de otro modo que no son válidos o admisibles en base a cualquier ley, reglamento, norma o estándar profesional aplicable.

Licencia o Con Licencia o Licenciatura significa, en lo que respecta a una persona que realiza servicios médicos, la licencia, certificación o registro aplicable y actual requerido para habilitar legalmente a esa persona a realizar dichos servicios en el estado o jurisdicción donde se prestan los servicios.

Límite Vitalicio para Compartir significa la cantidad máxima para compartir vitalicio disponible para cualquier Miembro individual de UHF.

Matrimonio es la unión espiritual y legal de dos personas unidas bajo la alianza del matrimonio como cónyuges en una relación consensual y contractual reconocida por las leyes y reglamentos del Estado en el que se formó dicha unión.

Maternidad significa los gastos médicos de la miembro correspondientes a la atención del parto y los gastos hospitalarios iniciales y ordinarios del recién nacido. La maternidad incluye las complicaciones del embarazo o los gastos médicos del lactante más allá de los gastos hospitalarios ordinarios, que están sujetos a las disposiciones sobre Maternidad de las Directrices de Compartir.

Por **Monto Máximo Elegible o Monto Máximo o Cargo Máximo Elegible** se entenderá el monto elegible a compartir por un concepto o gasto imputado específico en los términos de las Directrices de Compartir. Los Gastos Máximos Elegibles para Compartir pueden ser el menor de los siguientes:

- Cargos Usuales, Habituales y Razonables;
- Contraprestación Justa y Razonable;
- la tasa admisible especificada en las Directrices de Compartir;
- una tarifa negociada establecida en un acuerdo contractual directo o indirecto con un proveedor, o
- el cargo real facturado por el artículo o gasto.

El Programa asignará para compartir el cargo real facturado al miembro que paga por cuenta propia si es inferior a la cantidad Usual y Habitual. El Programa tiene autoridad discrecional para decidir si un cargo es Usual y Habitual y para un servicio Médicamente Necesario y Razonable. El Cargo Máximo Elegible no incluirá ningún Cargo No Válido, incluidos, entre otros, errores de facturación identificables, sobrecodificación, cargos duplicados, artículos mal identificados o descritos de forma poco clara y cargos por servicios no prestados.

El Auditor de Gastos Médicos es la parte designada por Universal HealthShare para proporcionar, evaluar y tomar determinaciones basadas en la Revisión de Facturas con respecto a una Necesidad de Gastos Médicos presentada.

Gasto Médico o Necesidad de Gasto Médico significa un gasto por un Servicio Médico o Tratamiento Alternativo obtenido de un Proveedor para tratar la Enfermedad o Lesión de un Miembro de Costos Compartidos cuyo gasto es

presentado a Universal HealthShare, junto con los honorarios o costos en que haya incurrido Universal HealthShare para reducir el monto de dicho gasto.

Incidente Médico significa, en un caso concreto, una enfermedad diagnosticada médicamente y todos los tratamientos médicos recibidos y los gastos médicos incurridos en relación con ese diagnóstico concreto de dicha enfermedad (es decir, todas las facturas médicas de cualquier naturaleza relacionadas con el mismo diagnóstico forman parte del mismo Incidente Médico).

Profesionales de la Medicina (véase "Profesionales").

Servicio Médicamente Necesario significa aquellos servicios de salud ordenados por un Médico o Profesional ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionados a un Miembro del Programa con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o síntomas. Dichos servicios, para ser considerados Médicamente Necesarios, deben ser clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o Lesión del Miembro, y deben cumplir cada uno de los siguientes criterios:

- Está respaldada por las normas nacionales de práctica médica;
- Es coherente con las conclusiones de la investigación médica predominante que:
 - Demuestra que el servicio médico tiene un efecto beneficioso sobre los resultados de salud; y
 - Se basa en ensayos que cumplen los siguientes diseños:
 - Ensayos controlados aleatorizados bien realizados. (Se comparan dos o más tratamientos entre sí y no se permite al paciente elegir qué tratamiento recibe).
 - Estudios de cohortes bien realizados. (Los pacientes que reciben el tratamiento del estudio se comparan con un grupo de pacientes que reciben la terapia estándar. El grupo de comparación debe ser casi idéntico al grupo de tratamiento del estudio).
- Es el método más rentable y produce un resultado similar al de otras alternativas disponibles.
- Todas las nuevas tecnologías, procedimientos y tratamientos se deciden sobre la base de la redacción del apartado (2) (b) anterior.

Para ayudar a determinar la necesidad médica, Universal HealthShare puede referirse a los registros médicos del Miembro de Costos Compartidos y otros recursos y requerir una segunda opinión de un profesional de la salud elegido por Universal HealthShare.

Para que sea Médicamente Necesario, deben cumplirse todos estos criterios. La determinación de si un servicio, suministro o tratamiento es o no Médicamente Necesario puede incluir conclusiones de la Asociación Médica Americana y asesores médicos de Universal HealthShare. Universal HealthShare tiene autoridad discrecional para decidir si la atención o el tratamiento es o era Médicamente Necesario. Universal HealthShare se reserva el derecho de incorporar las directrices de CMS (Medicare) vigentes en la fecha del tratamiento como criterios adicionales para la determinación de la Necesidad Médica.

Cantidad Permitida por Medicare significa la cantidad que pagaría Medicare como reembolso por los Servicios referidos.

Miembro (véase "Miembro de Costos Compartidos").

Año de Membresía se refiere al período de doce meses que sigue a la Fecha de Aniversario del Miembro.

Hijo Menor de Edad significa un niño menor de 18 años de edad que reside en el mismo hogar que el Miembro de Costos Compartidos o en la escuela a tiempo completo, mientras que el mantenimiento de la dirección de la casa del Miembro de Costos Compartidos como su residencia principal oficial.

Identificación Errónea significa que Universal HealthShare o su delegado determinan que cualquier Servicio o tipo o cantidad de un medicamento u otro Suministro que aparece en una factura no está respaldado por la facturación y los registros médicos, y que en realidad se proporcionó algún Servicio o tipo o cantidad diferente de un medicamento u otro Suministro.

Contribución Mensual Voluntaria es la contribución monetaria, sin incluir las cuotas de membresía ni los gastos administrativos mensuales, que se da voluntariamente para compartir la Necesidad de Gastos Médicos de otro miembro asignada por Universal HealthShare de acuerdo con las Directrices para compartir.

Red significa una Red de Proveedores de la cual un Programa de UHS ha acordado contractualmente que los Miembros reciban tarifas con descuento por los Servicios.

Consumidor de Nicotina: persona que consume o ha consumido en los 12 meses anteriores cualquier producto del tabaco, derivado del tabaco, análogo del tabaco o sustituto del tabaco que incluya nicotina.

Centros No Quirúrgicos son los Centros distintos de Hospitales y Centros Quirúrgicos Ambulatorios, como laboratorios, centros de diagnóstico por imagen, centros de nefrología/diálisis, centros de atención urgente y clínicas ambulatorias.

No Elegibles para Compartir son los gastos del proveedor no elegibles para compartir, incluidos los gastos que superen el Monto Máximo Elegible u otros gastos no elegibles según lo establecido por las Directrices de Compartir.

Obeso u Obesidad significa una persona (i) que tiene un Índice de Masa Corporal de 30 o superior, o (ii) que pesa un 20% (veinte por ciento) o más por encima de su peso ideal, teniendo en cuenta la altura, edad, sexo y complexión de la persona, o (iii) que cumple cualquier otra norma o definición de obesidad actualmente aceptada.

Fuera-De-Red o Servicios Fuera-De-Red significa un Proveedor que no es participante de una Red utilizada para su Programa de Atención Médica Compartida o servicios médicos obtenidos de un Proveedor que no es participante de una Red utilizada para su Programa de Atención Médica Compartida, cuyos servicios podrían haber sido obtenidos de un Proveedor que estuviera En-La-Red.

Paciente Ambulatorio significa un paciente que recibe Servicios en un Hospital pero que no está ingresado como paciente registrado en cama de noche; esto debe ser por un periodo inferior a veinticuatro (24) horas. Este término también puede aplicarse a los servicios prestados en un Centro Independiente o en un Centro Afiliado a un Hospital.

Fecha de Pago significa el último día del período mensual más reciente por el que se haya efectuado una Contribución Mensual Voluntaria para un Miembro o un Grupo Familiar del Miembro.

Médico se refiere a una persona con Licencia para ejercer ciertos servicios médicos y que posee uno de los siguientes títulos y/o grados: Doctor en Medicina o Cirugía (M.D.); Doctor en Osteopatía (D.O.); Doctor en Optometría (O.D.); Doctor en Medicina Podológica (D.P.M.); Doctor en Cirugía Dental (D.D.S.); Doctor en Medicina Dental (D.M.D.); o Doctor en Quiropráctica (D.C.).

Referencia de Honorarios Médicos se refiere al libro o base de datos vigente de Referencia de Honorarios Médicos publicado por Wasserman Medical Publishers, LTD o su sucesor.

Por **Cirugía Plástica** o **Cirugía Reconstructiva** se entiende la reconstrucción quirúrgica de defectos faciales y corporales debidos a trastornos congénitos, traumatismos, quemaduras, tumores o enfermedades. A efectos de las presentes Directrices, por Cirugía Plástica se entiende la cirugía principalmente reconstructiva, no estética.

Profesionales de la Salud se refiere a Médicos y Profesionales Médicos.

Profesionales o Profesionales Médicos significa una persona distinta de un Médico que está legalmente facultada para prestar determinados servicios médicos, que posee una de las licencias, títulos y/o grados que se enumeran a continuación, y que actúa dentro del ámbito de su Licencia cuando presta dichos servicios:

- Enfermero de Práctica Avanzada (A.P.N.) o Enfermero Registrado de Práctica Avanzada (A.P.R.N.)
- Audiólogo
- Educador en Diabetes Certificado y Nutriólogo
- Enfermera Obstetra Certificada (C.N.M.)
- Enfermero(a) Profesional Certificado(a) (C.N.P.)
- Técnico Certificado en Quirófano (C.O.R.T.)
- Enfermero Clínico Certificado en Psiquiatría/Salud Mental
- Enfermero(a) Anestesiista Registrado(a) Certificado(a) (C.R.N.A.)
- Técnico Quirúrgico Certificado (C.S.T.)
- Licenciado en Acupuntura (L.AC.)
- Trabajador(a) Social Clínico(a) con Licencia (L.C.S.W.)
- Consejero(a) de Salud Mental con Licencia (L.M.H.C.)
- Terapeuta Ocupacional con Licencia
- Terapeuta Físico o Fisioterapeuta con Licencia o Registro
- Licenciado en Enfermería Práctica (L.P.N.)
- Consejero Profesional Licenciado (L.P.C.)
- Patólogo(a) del Habla y Lenguaje con Licencia
- Terapeuta del Habla con Licencia
- Asistente Quirúrgico Licenciado (L.S.A.)
- Licenciado en Enfermería Profesional (L.V.N.)
- Máster en Trabajo Social o Bienestar Social (M.S.W.)
- Asistente Médico(a) (P.A.)
- Psicólogo (Ph.D., Ed.D., Psy.D.)
- Enfermero(a) Registrado(a) (R.N.)
- Enfermero(a) Registrado(a) Primer Asistente (R.N.F.A.)
- Enfermero(a) Profesional Registrado(a) (R.N.-N.P.)
- Terapeuta Respiratorio Registrado (R.R.T.)
- Terapeuta del Habla Registrado(a) (R.S.T.) u otro Terapeuta del Habla con Licencia
- Patólogo(a) del Habla y Lenguaje

Condición Preexistente es una condición: (i) para la cual se haya recomendado o recibido asesoría médica, diagnóstico, atención o tratamiento (lo que incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas diagnósticas o medicamentos prescritos) por parte de un Médico u otro Proveedor o Profesional de la Salud, en cualquier momento dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la Fecha de Entrada en Vigencia de la persona; o (ii) que se haya manifestado de tal forma que hubiera llevado a una persona razonablemente prudente a buscar asesoría médica, diagnóstico, atención o tratamiento dentro de los 24 meses inmediatamente anteriores a la Fecha de Entrada en Vigencia de la persona.

Pre-Notificación significa notificar al personal de Pre-Notificación de UHF POR ADELANTADO (excepto en el caso de admisiones de emergencia en Hospital o Maternidad) llamando a la línea directa de Pre-Notificación al número gratuito proporcionado en el Paquete de Bienvenida del Miembro de Costos Compartidos y mostrado en su tarjeta de miembro al menos siete días antes de la admisión, el tratamiento o la recepción de los servicios, tal y como se exige en la Sección XI.i. de las presentes Directrices de Compartir. En caso de ingreso de urgencia en un Hospital o Maternidad en los que el Miembro de Costos Compartidos no pueda presentar una Notificación Previa debido a la gravedad de la Enfermedad o Lesión o a la inminencia del Parto, el Médico o el responsable que representante al miembro deberá ponerse en contacto con el personal encargado de la Notificación Previa lo antes posible.

Cuidado Preventivo significa:

INMUNIZACIONES/INYECCIONES:

- COVID (no más de \$100 por vacuna o refuerzo)
- DTPa/Tdap
- Haemophilus
- Hepatitis A y B
- Herpes Zóster (culebrilla)
- Virus del Papiloma Humano
- Poliovirus Inactivado
- Influenza
- Influenza Tipo B
- Sarampión, Paperas y Rubeola
- Meningococo
- Neumococo
- Vacuna contra el Virus Respiratorio Sincitial (VRS)
- Rotavirus
- Tétanos
- Varicela

PARA MIEMBROS ADULTOS:

- Detección y Asesoramiento sobre el Consumo de Alcohol y Drogas
- Examen de la Presión Arterial
- Prueba de Detección de Colesterol
- Detección del Cáncer Colorrectal con Cologuard ®
- Prueba de Detección de la Depresión
- Detección de la Diabetes
- Asesoramiento Dietético
- Detección de Gonorrea
- Detección de Hepatitis
- Detección del VIH
- Detección y Asesoramiento sobre la Obesidad
- Detección del Virus SARS-CoV-2 en ausencia de Síntomas de COVID-19*(hasta cuatro (4) pruebas por miembro y año de programa, sin superar los \$150 por prueba)
- Prueba de Detección de Sífilis
- Detección y Asesoramiento sobre el Tabaco
- Detección de la Tuberculosis

PARA LOS HOMBRES MIEMBROS:

- Prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA)

PARA LAS MUJERES MIEMBROS:

- Prueba de Detección de Anemia
- Bacteriuria y Detección de Infecciones Urinarias
- Evaluación del Riesgo de BRCA y Asesoramiento/Pruebas Genéticas
- Asesoramiento sobre Quimioprevención del Cáncer de Mama
- Prueba de Detección del Cáncer de Mama
- Asesoramiento sobre Lactancia Materna
- Prueba de Detección de Cáncer de Cuello Uterino con Citología (Papanicolaou)

- Prueba de Detección del Cáncer de Cuello Uterino con una Combinación de Citología y Pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)
- Detección de la Infección por Clamidia
- Asesoramiento sobre Anticoncepción.
- Asesoramiento/Detección de Violencia Doméstica
- Detección de la Diabetes Gestacional
- Prueba del VPH, cada 3 años
- Prueba de Detección de Osteoporosis
- Prueba de Detección de Preeclampsia
- Examen de Incompatibilidad Rh: Primera Visita del Embarazo
- Examen de Incompatibilidad Rh: 24-28 Semanas de Gestación
- Asesoramiento sobre ITS

PARA LOS NIÑOS PARTICIPANTES:

- Evaluación del Consumo de Alcohol y Drogas
- Pruebas de Detección de Autismo
- Evaluación de Comportamiento
- Examen de la Presión Arterial
- Detección de la Displasia Cervical
- Prueba de Detección de Hipotiroidismo Congénito
- Prueba de Detección de la Depresión
- Evaluación del Desarrollo y el Comportamiento
- Detección de Dislipidemias
- Medición de la Altura, Peso e IMC
- Análisis de Hematocrito/Hemoglobina
- Detección de Hemoglobinopatías y Drepanocitosis
- Detección del VIH
- Prueba de Detección de Plomo
- Detección y Asesoramiento sobre la Obesidad
- Evaluación de Fenilcetonuria
- Detección del Virus SARS-CoV-2 en ausencia de Síntomas de COVID-19*(hasta cuatro (4) pruebas por miembro y año de programa, sin superar los \$150 por prueba)
- Asesoramiento y Detección de ITS
- Detección de la Tuberculosis
- Evaluación Visual de la Ambliopía (Ojo Perezoso); 3-5 años de edad

** Puesto que normalmente están disponibles sin costo alguno, las pruebas diagnósticas para los Miembros que presentan síntomas de COVID-19 no son elegibles para compartir. En virtud de la Ley de Respuesta al Coronavirus de Familias Primero (Families First Coronavirus Response Act), promulgada el 18 de marzo de 2020, y de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica contra el Coronavirus (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act o CARES Act), promulgada el 27 de marzo de 2020, las pruebas de diagnóstico de COVID-19 para individuos sintomáticos sin seguro están disponibles sin costo alguno a través del Programa de Reembolso de Reclamaciones COVID-19 para Proveedores de Atención Médica e Instalaciones por Pruebas y Tratamiento de Personas Sin Seguro. Encontrará información sobre las pruebas gratuitas y los centros de salud en <https://www.hhs.gov/coronavirus/community-based-testing-sites/index.html>.*

Profesional de Atención Primaria se refiere a Médicos, Médicos Generales, Médicos de Familia, Internistas, Geriatras, Pediatras y Gineco-obstetras.

Red Profesional y Auxiliar se refiere a la Red de Profesionales y Centros Auxiliares Multiplan / PHCS, la cual es una red de Médicos, Profesionales de la Salud y centros médicos auxiliares de atención no aguda, como centros de diagnóstico por imagen y de diálisis, con los cuales un Programa de UHS ha celebrado contratos para que los Miembros reciban tarifas con descuento por los Servicios.

Profesionales se refiere a Médicos y Profesionales de la Salud.

Programa(s) se refiere en general a cualquiera de los programas de atención médica compartida administrados por Universal HealthShare.

Proveedores se refiere a Hospitales, Instalaciones, Médicos y Profesionales de la Salud.

Razonable significa, a discreción de Universal HealthShare, servicios o suministros, u honorarios por servicios o suministros que sean necesarios para la atención y el tratamiento de una enfermedad o lesión no causada por el Proveedor tratante. Universal HealthShare o su delegado determinarán si los honorarios o servicios son Razonables, teniendo en cuenta las circunstancias inusuales o complicaciones que requieran tiempo adicional, habilidad y experiencia en relación con un servicio o suministro en particular; las normas y prácticas de la industria en relación con situaciones similares; y la causa de la Lesión o Enfermedad que requiera el servicio y/o cargo(s). Universal HealthShare conserva la autoridad discrecional para determinar si los servicios y/o tarifas son Razonables basándose en la información presentada a Universal HealthShare. Esta determinación considerará, pero no se limitará a, los hallazgos y evaluaciones de las siguientes entidades: (a) Las Asociaciones Médicas Nacionales, Sociedades y organizaciones; y (b) La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Para que sean Razonables, los servicios y/o tarifas deben ajustarse a las prácticas de facturación generalmente aceptadas para la desagregación o los procedimientos múltiples.

Los servicios, suministros, atención y/o tratamiento y los cargos correspondientes no se consideran Razonables y, como tales, no son elegibles para el pago (exceden el Cargo Máximo Permitido), cuando resultan directa o indirectamente de errores en la atención médica que son claramente identificables, prevenibles y negativos en sus consecuencias para los pacientes y/o condiciones adquiridas en el Centro consideradas "razonablemente prevenibles" de acuerdo con las directrices basadas en la evidencia, tales como, pero no limitadas a, las directrices de CMS. A modo de aclaración, y sin limitación, los cargos no se consideran Razonables si se trata de atención, suministros, tratamiento, y/o servicios requeridos o destinados a tratar Lesiones sufridas o Enfermedades contraídas mientras el Miembro del Programa estaba bajo y debido al cuidado de un Proveedor, incluyendo infecciones y complicaciones, cuando dicha lesión, enfermedad, infección o complicación no se esperaría razonablemente que ocurriera bajo las circunstancias de un curso de tratamiento y pueda atribuirse a un error del Proveedor, en opinión del Auditor de Gastos Médicos, a la luz de los registros médicos del tratamiento. No es necesario que el proveedor haya incurrido en negligencia o mala praxis para que se considere que los servicios o los honorarios no son Razonables.

Universal HealthShare se reserva para sí y para las partes que actúen en su nombre el derecho a revisar los cargos presentados, procesados y/o compartidos por los miembros de Universal HealthShare, para identificar los cargos y/o servicios que no sean Razonables y, por lo tanto, no sean elegibles para ser compartidos por los miembros de Universal HealthShare. En lo que respecta a los Servicios Contratados, se presumirán Razonables los cargos según tarifas negociadas u honorarios específicamente establecidos en virtud de cualquier contrato de Servicios de Proveedores Directamente Contratados o cualquier Contrato de Red de Médicos, pero sólo en la medida en que dichos cargos no incluyan Cargos que de otro modo serían No Válidos.

RBRVS significa el esquema de la Escala de Valor Relativo Basada en Recursos (por sus siglas en inglés) utilizada por CMS para determinar los pagos a realizar por procedimientos por Medicare a médicos y otros proveedores.

Examen Físico de Rutina (consulte "Examen Físico Anual de Rutina o Examen del Niño Sano").

Segunda Opinión significa, en cuanto a una Enfermedad o Lesión en particular, la revisión y evaluación por un médico independiente debidamente calificado, seleccionado o aprobado por UHF, de un paciente y/o de los registros médicos relevantes del paciente, según lo indiquen las circunstancias, hecha para confirmar, agregar o revisar los diagnósticos y tratamientos propuestos por el médico que originalmente diagnosticó y propuso el tratamiento para la Enfermedad o Lesión en cuestión.

Servicio(s) se refiere a los servicios, procedimientos, tratamientos, cuidados, bienes y suministros cuyo uso está destinado a mejorar la condición o la salud de un Miembro del Programa. Se considerará que toda referencia a los Servicios en relación con un procedimiento, tratamiento o atención, salvo que se indique lo contrario, se refiere también a los bienes y suministros proporcionados o utilizados en dicho procedimiento, tratamiento o atención.

Miembro de Costos Compartidos o Miembro significa una persona que califica para participar mensualmente contribuyendo con la Contribución Mensual Voluntaria sugerida para las Necesidades de Gastos Médicos de otros y que califica para recibir contribuciones de otros Miembro de Costos Compartidos para las Necesidades de Gastos Médicos que puedan presentar para compartir.

Fumador/Usuario de Nicotina significa una persona que, en los 12 meses anteriores, ha fumado, consumido tabaco o nicotina, en cualquiera de sus formas, o utilizado cualquier tipo de tabaco o sustituto(s) para fumar, incluidos, entre otros, cigarrillos de hierbas, cigarrillos electrónicos, atomizadores y dispositivos de vapeo de cualquier tipo, parches de nicotina, chicles o pastillas, etc.

Especialista significa médicos y profesionales de un campo especializado. Algunos ejemplos son, entre otros: Cardiología, urología, dermatología, neurólogos, ortopedia, etc.

Cónyuge significa la pareja de una persona por Matrimonio o la pareja de una persona en unión civil o pareja de hecho legalmente reconocida y documentada.

Por **Centros Quirúrgicos** se entienden los Hospitales y los Centros de Cirugía Ambulatoria.

Facturación Separada se refiere a los cargos por cualquier artículo facturado por separado que, de acuerdo con los códigos de procedimiento global establecidos por la Asociación Médica Estadounidense en su CPT® y/o los códigos del Sistema Común de Codificación de Procedimientos de Atención Médica (HCPCS) utilizados por CMS, normalmente se incluyen en un único código de facturación global.

Descripción Poco Clara significa, en relación con cualquier monto incluido en cualquier Reclamación de Hospital o Centro, una descripción a partir de la cual el Auditor de Gastos Médicos no pueda identificar o comprender claramente el Servicio o Suministro facturado.

Gastos No Compartibles significa aquellos que, o bien son de un tipo que generalmente no es elegible para compartir, o bien se derivan de o están relacionados con una enfermedad que no es elegible para compartir.

Usual y Habitual se refiere a los gastos elegibles identificados por el Auditor de Gastos Médicos o Universal HealthShare como usuales y habituales para el servicio o suministro en cuestión, tomando en consideración los honorarios que el Proveedor cobra y/o acepta con mayor frecuencia como pago por dicho servicio o suministro de la mayoría de sus pacientes, el costo que representa para el Proveedor la prestación de los servicios, el rango prevaleciente de honorarios cobrados y/o aceptados por el servicio o suministro entre Proveedores con entrenamiento y experiencia similares en la misma área o región geográfica, y las tarifas de reembolso de Medicare aplicables al servicio o suministro. Por "misma zona geográfica" y/o "zona" se entiende una zona metropolitana, un condado o una zona mayor que la necesaria para obtener una muestra representativa de los Proveedores, personas u organizaciones que prestan dichos tratamientos, servicios o suministros por los que se cobra una cantidad específica o por los que se acepta un reembolso. Para que sean Usuales y Habituales, los servicios y/o tarifas deben ajustarse a las prácticas de facturación generalmente aceptadas para la facturación separada o los procedimientos múltiples.

El término "Habitual" se refiere al monto de un cargo efectuado o aceptado por servicios, atención o suministros médicos, en la medida en que el cargo o reembolso no supere el nivel común de cargos efectuados o reembolsos aceptados por otros profesionales médicos con credenciales similares, o centros de atención de salud, farmacias o proveedores de equipos de categoría similar, que estén situados en la misma localidad geográfica en la que se ha incurrido en el cargo.

El término "Habitual" se refiere a la forma y el fondo de un servicio, suministro o tratamiento proporcionado de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica a un individuo, que es apropiado para la atención o el tratamiento de un individuo del mismo sexo, edad comparable y que ha recibido dichos servicios o suministros dentro de la misma localidad geográfica.

Los Cargos y/o Reembolsos Usuales y Acostumbrados podrán, a discreción del Auditor de Gastos Médicos o de Universal HealthShare, determinarse y establecerse alternativamente utilizando datos normativos tales como, pero no limitados a, las Tasas de Costo del CMS, el Precio Promedio al Mayoreo (AWP) para medicamentos de prescripción y/o el Precio Minorista del Fabricante (MRP) para suministros y dispositivos.

Para las determinaciones de gastos compartidos elegibles realizadas de conformidad con la Revisión de Facturas por un Auditor de Gastos Médicos, la tarifa Usual y Habitual será la cantidad que el Auditor de Gastos Médicos determine que constituye una Contraprestación Justa y Razonable.

Usual, Habitual y Razonable (UCR) o Cargos Usuales, Habituales y Razonables, se entienden los honorarios reales por servicios o suministros razonables, pero sólo el monto de dichos honorarios que constituya un cargo razonable por dichos servicios o suministros y que no supere el monto Usual y Habitual cobrado por dichos servicios o suministros. Universal HealthShare tiene la facultad discrecional de decidir si un cargo es Usual, Habitual y Razonable.

Examen del Niño Sano (consulte "Examen Físico Anual de Rutina o Examen del Niño Sano").

XVI. Avisos Legales

Los siguientes avisos legales son el resultado de las conversaciones mantenidas por Universal Health Fellowship u otros ministerios de salud compartidos con varios reguladores estatales y forman parte de un esfuerzo por garantizar que los Miembros de Costos Compartidos entiendan que Universal HealthShare no es una compañía de seguros y que no garantiza el pago de los costos médicos. Nuestro papel es permitir que los pacientes que pagan por cuenta propia ayuden a sus conciudadanos estadounidenses a través de contribuciones financieras voluntarias.

i. Aviso Legal General.

Este programa no es una compañía de seguros ni se ofrece a través de una compañía de seguros. Este programa no garantiza ni promete que sus facturas médicas se paguen o se asignen a terceros para su pago. Que alguien decida pagar sus facturas médicas será totalmente voluntario. Por ello, este programa nunca debe considerarse un sustituto de una póliza de seguros. Independientemente de si usted recibe pagos por gastos médicos o de si este programa continúa operando, usted siempre será responsable de cualquier factura no pagada.

ii. AVISO SOBRE CONSIDERACIONES FISCALES INDIVIDUALES.

Sus contribuciones al programa de compartir no son deducibles como donativos caritativos ni como gastos médicos o de seguro para efectos del impuesto federal sobre la renta. Aunque Universal Health Fellowship es un ministerio sin fines de lucro, las contribuciones al programa de compartir no se consideran donativos caritativos, ya que dichos fondos se utilizan para compartir los gastos médicos de otros Miembros contribuyentes y debido a la probabilidad de que sus propios gastos médicos sean compartidos por otros Miembros contribuyentes. Si bien sus propios gastos médicos pueden ser deducibles de impuestos, sujetos a un umbral basado en un porcentaje de su ingreso bruto ajustado, sus contribuciones al programa de compartir no son deducibles como gastos médicos, ya que los fondos se utilizan únicamente para ayudar a pagar las facturas médicas de otros Miembros.

Según la legislación vigente, sus contribuciones al programa de compartir no son deducibles de impuestos como gasto de seguro, ya que los programa de costos de atención médica compartidos no constituyen un seguro.

iii. AVISO SOBRE LOS MANDATOS FEDERALES Y ESTATALES DE COBERTURA DE SALUD INDIVIDUAL.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (“ACA”, por sus siglas en inglés) exigía que la mayoría de las personas contaran con una cobertura de seguro médico calificada (el “Mandato Individual”) o efectuaran un pago por responsabilidad compartida (“Penalización Fiscal”) al presentar su declaración federal de impuestos sobre la renta, a menos que cumplieran con los requisitos para alguna de las exenciones disponibles al Mandato Individual (una “Exención”). La ACA contemplaba una Exención para los miembros de un “Ministerio de Compartición de Atención Médica” (“HCSM”, por sus siglas en inglés), según lo definido en la propia ley. Originalmente, los planes de atención médica compartida eran revisados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”, por sus siglas en inglés) con el propósito de determinar si cumplían con la definición de un HCSM, a efectos de emitir certificados de Exención a los miembros del programa de atención médica compartida (“Certificación”). Sin embargo, la ley fiscal firmada por el presidente Donald Trump el 22 de diciembre de 2017 derogó de manera efectiva la Penalización Fiscal establecida por la ACA, y posteriormente los CMS dejaron de realizar revisiones de Certificación y de aprobar Exenciones para los miembros de los HCSM, ya que la eliminación de la Penalización Fiscal eliminó la necesidad de una Exención, lo que hizo innecesaria dicha revisión.

Aunque la Penalización Fiscal de la ACA ha sido eliminada, varios estados (incluidos, desde enero de 2020, California, Massachusetts, Nueva Jersey, Rhode Island y Vermont, así como el Distrito de Columbia) han adoptado sus propias leyes de Mandato Individual, algunas de las cuales imponen una Penalización Fiscal estatal a ciertos residentes que no cuenten con la cobertura de seguro médico requerida ni califiquen para una Exención del Mandato Individual estatal. En la mayoría de esos estados, existe una Exención para las personas que son miembros de un programa de atención médica compartida que cumpla con la definición estatal de un HCSM. Muchos de esos estados definen un HCSM, total o parcialmente, haciendo referencia a la definición establecida por la ACA.

Es responsabilidad de cada individuo determinar: (1) si su estado de residencia tiene un Mandato Individual; (2) si están o podrían estar sujetos a una Sanción Fiscal estatal; y (3) si tendrán o no derecho a una Exención. Como se ha indicado anteriormente, algunos Mandatos Individuales estatales hacen referencia a la definición de la ACA o a la Certificación federal de los HCSM, pero los CMS ya no revisan ni proporcionan Certificación para los HCSM. Por favor tenga en cuenta que ni Universal Health Fellowship, Inc. ni ninguna de sus afiliadas o representantes pueden garantizar, asegurar ni declarar que la participación en cualquier Programa de Universal HealthShare cumplirá con los requisitos establecidos por las leyes y regulaciones de algún estado en particular para efectos de obtener una Exención del Mandato Individual estatal o evitar alguna Penalización Fiscal que pudiera imponerse en ausencia de una Exención por HCSM.

iv. Avisos Específicos por Estado.

Código de Alabama, Título 22-6A-2

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 21.03.021 de los Estatutos de Alaska

Aviso: La organización que coordina la compartición de gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro.

El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. La participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe un pago por gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 20-122 de los Estatutos de **Arizona**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y las directrices del ministerio y su plan de operación no son una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será completamente voluntario, ya que los participantes no están legalmente obligados a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en el ministerio o la suscripción a cualquiera de sus documentos no debe considerarse un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si este ministerio continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 23-60-104.2 del Código de **Arkansas**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. Si alguien decide ayudarle con sus facturas médicas, será totalmente voluntario porque los participantes no están obligados por ley a contribuir a con sus facturas médicas. La participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe un pago por gastos médicos o si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 624.1265 de los Estatutos de **Florida**

Universal HealthShare no es una compañía de seguros, y la membresía no se ofrece a través de una compañía de seguros. Universal HealthShare no está sujeto a los requisitos normativos ni a las protecciones al consumidor del Código de Seguros de Florida.

Sección 33-1-20 de los Estatutos de **Georgia**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 41-121 de los Estatutos de **Idaho**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 215-5/4-Clase 1-b de los Estatutos de **Illinois**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen o crean una póliza de seguro. Cualquier ayuda que reciba con sus facturas médicas será totalmente voluntaria. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Reciba o no pagos por gastos médicos, y continúe o no esta organización operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 27-1-2.1 del Código de Indiana

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. Cualquier ayuda que reciba con sus facturas médicas será totalmente voluntaria. Ni la organización ni ningún otro participante pueden ser obligados por ley a contribuir a sus gastos médicos. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Reciba o no pagos por gastos médicos, y continúe o no esta organización operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 304.1-120 (7) de los Estatutos Revisados de Kentucky

Aviso: Conforme a la ley del estado de Kentucky, la organización religiosa que facilita la compartición de gastos médicos no es una compañía de seguros, y sus lineamientos, plan de operación o cualquier otro documento emitido por dicha organización religiosa no constituyen ni crean una póliza de seguro. La participación en la organización religiosa o la suscripción a cualquiera de sus documentos no se considerará un seguro. Cualquier ayuda que reciba con sus facturas médicas será totalmente voluntaria. Ni la organización ni ningún participante estarán obligados por ley a contribuir a sus gastos médicos. Reciba o no pagos por gastos médicos, y continúe o no esta organización operando, usted será personalmente responsable del pago de sus facturas médicas.

Estatutos Revisados de Luisiana Título 22-318.319

Aviso: El ministerio que facilita la compartición de gastos médicos no es una compañía de seguros. Ni las directrices ni el plan de funcionamiento del ministerio constituyen una póliza de seguros. La ayuda financiera para el pago de gastos médicos es estrictamente voluntaria. La participación en el ministerio o la suscripción a cualquier publicación editada por el ministerio no se considerará como inscripción en ningún plan de seguro médico ni como exención de su responsabilidad de pagar sus gastos médicos.

Estatutos Revisados de Maine Título 24-A, §704, sub-§3

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. La participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de que reciba el pago de los gastos médicos o de que esta organización siga funcionando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Artículo 48 del Código de Maryland, Sección 1-202(4)

Aviso: Esta publicación no ha sido emitida por una compañía de seguros ni se ofrece a través de una compañía de seguros. No garantiza ni promete que sus facturas médicas se publiquen o se asignen a terceros para su pago. Ningún otro suscriptor estará obligado a contribuir al costo de sus facturas médicas. Por lo tanto, esta publicación nunca debe considerarse sustitutiva de una póliza de seguros. Esta actividad no está regulada por la Administración de Seguros del Estado y sus responsabilidades no están cubiertas por el Fondo de Garantía de Vida y Salud. Independientemente de que reciba o no algún pago por gastos médicos y de que esta entidad siga o no funcionando, usted siempre será responsable de las facturas impagadas.

Título 550.1867 de los Estatutos de **Michigan**

Aviso: La corporación sin ánimo de lucro que opera este ministerio religioso que comparte atención médica, Universal Health Fellowship Inc., no es una compañía de seguros y la asistencia financiera proporcionada a través del ministerio no es un seguro y no se proporciona a través de una compañía de seguros. El que cualquier participante del ministerio decida ayudar a otro participante que tenga necesidades financieras o médicas es totalmente voluntario. Un participante no estará obligado por ley a contribuir a las necesidades financieras o médicas de otro participante. Este documento no es un contrato de seguro ni una promesa de pago de las necesidades financieras o médicas de un participante por parte del ministerio. El participante que reciba ayuda del ministerio para cubrir sus necesidades económicas o médicas sigue siendo personalmente responsable del pago de todas sus facturas médicas y demás obligaciones contraídas para cubrir sus necesidades económicas o médicas.

Título 83-77-1 de los Estatutos de **Mississippi**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago de gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Estatutos Revisados de **Missouri** , Sección 376.1750

Aviso: Esta publicación no es una compañía de seguros ni se ofrece a través de una compañía de seguros. Si alguien decide ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro suscriptor o miembro estará obligado a contribuir a sus facturas médicas. Como tal, esta publicación nunca debe considerarse un seguro. Reciba o no pagos por gastos médicos, y continúe o no esta publicación continúe operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Código de **Montana** , Sección 50-4-111

AVISO: El ministerio religioso que comparte atención médica no es una compañía de seguros y no utiliza agentes de seguros ni paga comisiones a agentes de seguros. Las directrices y el plan de funcionamiento del ministerio religioso que comparte atención médica no son una póliza de seguros. Sin un seguro de salud, no hay garantía de que usted, un miembro o cualquier otra persona que forme parte del acuerdo del ministerio religioso que comparte atención médica estén protegidos en caso de enfermedad o emergencia. Independientemente de si recibe algún pago por gastos médicos o de si el ministerio religioso que comparte atención médica finaliza, se retira del acuerdo basado en la fe o sigue funcionando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas. Si finaliza su participación en el ministerio religioso que comparte atención médica, la ley estatal puede someterle a un periodo de espera antes de que pueda solicitar una cobertura de seguro médico.

Estatutos Revisados de **Nebraska** , capítulo 44-311

AVISO IMPORTANTE. Esta organización no es una compañía de seguros, y su producto nunca debe considerarse un seguro. Si se afilia a esta organización en lugar de contratar un seguro médico, se le considerará no asegurado. Según los términos de este acuerdo, si alguien decide ayudarle con sus facturas médicas como participante de esta organización será totalmente voluntario, y ni la organización ni ningún participante pueden ser obligados por ley a contribuir a sus facturas médicas. Independientemente de que reciba el pago de los gastos médicos o de que esta organización siga funcionando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas. Esta organización no está regulada por el Departamento de Seguros de Nebraska.

Debe revisar detenidamente las directrices de esta organización para asegurarse de que comprende las limitaciones que pueden afectar a sus necesidades médicas y económicas personales.

Sección 126-V:1 de los Estatutos de New Hampshire

AVISO IMPORTANTE Esta organización no es una compañía de seguros, y su producto nunca debe considerarse un seguro. Si se afilia a esta organización en lugar de contratar un seguro médico, se le considerará no asegurado. Según los términos de este acuerdo, si alguien decide ayudarlo con sus facturas médicas como participante de esta organización será totalmente voluntario, y ni la organización ni ningún participante pueden ser obligados por ley a contribuir a sus facturas médicas. Independientemente de que reciba el pago de los gastos médicos o de que esta organización siga funcionando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas. Esta organización no está regulada por el Departamento de Seguros de New Hampshire. Debe revisar detenidamente las directrices de esta organización para asegurarse de que comprende las limitaciones que pueden afectar a sus necesidades médicas y económicas personales.

Sección 58-49-12 de los Estatutos de Carolina del Norte

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. Que alguien decida ayudarlo con sus facturas médicas será voluntario. Ningún otro participante estará obligado por ley a contribuir a sus gastos médicos. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Pensilvania 40 Penn. Estatuto Sección 23(b)

Aviso: Esta publicación no es una compañía de seguros ni se ofrece a través de una compañía de seguros. Esta publicación no garantiza ni promete que sus facturas médicas se publiquen o se asignen a terceros para su pago. Que alguien decida pagar sus facturas médicas será totalmente voluntario. Como tal, esta publicación nunca debe considerarse un sustituto del seguro. Independientemente de que reciba algún pago por gastos médicos y de que esta publicación siga o no funcionando, usted siempre será responsable de las facturas impagadas.

Título 58-1-3.3 de los Estatutos de Dakota del Sur

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. El que alguien decida ayudarlo con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si esta organización continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Código de Texas , Título 8, K, 1681.001

Aviso: ministerio religioso que comparte atención médica facilita el compartir de gastos médicos y no es una compañía de seguros, y ni sus directrices ni su plan de funcionamiento son una póliza de seguros. El que alguien decida ayudarlo con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro participante estará legalmente obligado a contribuir al pago de sus facturas médicas. Por lo tanto, la participación en el ministerio o la suscripción a cualquiera de sus documentos nunca debe considerarse como un seguro. Independientemente de si usted recibe algún pago por gastos médicos o de si este ministerio continúa operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas. Las quejas relativas a este ministerio religioso que comparte atención médica pueden comunicarse a la oficina del fiscal general de Texas.

Código de Virginia, Sección 38.2-6300-6301



Aviso: Esta publicación no es un seguro y no se ofrece a través de una compañía de seguros. Si alguien decide ayudarle con sus facturas médicas será totalmente voluntario, ya que ningún otro miembro estará obligado por ley a contribuir a sus facturas médicas. Como tal, esta publicación nunca debe considerarse un seguro. Reciba o no pagos por gastos médicos, y continúe o no esta publicación continúe operando, usted siempre será personalmente responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Estatuto de **Wisconsin** 600.01 (1) (b) (9)

ATENCIÓN: Esta publicación no ha sido emitida por una compañía de seguros ni se ofrece a través de una compañía de seguros. Esta publicación no garantiza ni promete que sus facturas médicas se publiquen o se asignen a terceros para su pago. Que alguien decida pagar sus facturas médicas es totalmente voluntario. Esta publicación nunca debe considerarse un sustituto de una póliza de seguros. Reciba o no pagos por gastos médicos, y continúe o no esta publicación continúe operando, usted es responsable del pago de sus propias facturas médicas.

Sección 26-1-104 de los Estatutos de **Wyoming**

Aviso: La organización que facilita el compartir los gastos médicos no es una compañía de seguros, y ni sus lineamientos ni su plan de operación constituyen una póliza de seguro. Cualquier ayuda con sus facturas médicas es completamente voluntaria. Ningún otro participante está obligado por ley o de otro modo a contribuir a sus gastos médicos. La participación en la organización o la suscripción a cualquiera de sus documentos no se considerará un seguro de enfermedad y no estará sujeta a los requisitos reglamentarios ni a las protecciones de los consumidores del código de seguros de Wyoming. Usted es personalmente responsable del pago de sus facturas médicas, independientemente de cualquier compartición financiera que pueda recibir de la organización para cubrir gastos médicos. Usted también es responsable del pago de sus facturas médicas en caso de que la organización deje de existir o deje de facilitar el compartir los gastos médicos.