



UNIVERSITY *of* VIRGINIA

*Descripción resumida del plan dental  
de la Universidad de Virginia*

---

Para los matriculados en el plan dental de la  
Universidad de Virginia  
*Vigente a partir del 1 de enero de 2023*



## Beneficios de su plan dental de la UVA

El plan dental de la Universidad de Virginia (el plan dental de la UVA o el Plan) ofrece dos opciones de plan dental, Basic Dental (plan dental básico) y Enhanced Dental (plan dental optimizado), para proporcionarles una atención dental completa a usted y a sus dependientes elegibles. Usted selecciona la cobertura que mejor cubra sus necesidades y las de su familia. El Plan es administrado por United Concordia Companies, Inc. (UCCI).

Este libro lo ayudará a aprender sobre el plan dental de la UVA que ofrece la Universidad de Virginia (la Universidad). En él, encontrará información importante del Plan, incluyendo quién es elegible, qué está cubierto, y cómo presentar un reclamo para que usted y sus dependientes cubiertos puedan aprovechar al máximo la cobertura de sus beneficios.

Por favor lea este libro con atención y revíselo cuando necesite entender cómo funcionan sus beneficios dentales. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a UCCI al número que aparece en su tarjeta de identificación o consulte la sección de “Contactos” en este libro, en la página 3.

## Resumen de la cobertura dental

El plan dental de la UVA proporciona una cobertura completa y acceso a una red extensa de proveedores. Aquí hay un resumen de cómo funciona el Plan:

Característica	Resumen
<i>Sus opciones</i>	<p>Dentro del plan dental de la UVA, usted tiene dos opciones de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basic Dental (dental básica); y</li> <li>▪ Enhanced Dental (dental optimizada).</li> </ul>
<i>La red del plan dental de la UVA</i>	<p>Ambas opciones usan la red de UCCI Advantage Plus como proveedores de la red, dándole acceso a una red de dentistas generales y especializados. Visite <a href="https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/">https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/</a> o llame al departamento de atención al cliente de UCCI al 866-215-2354 para encontrar proveedores de la red en su área.</p> <p>Cada vez que usted recibe atención, puede elegir recibirla de un proveedor dentro de la red o fuera de la red. El Plan paga beneficios para los servicios cubiertos dentro y fuera de la red.</p>
<i>Similitudes de las dos opciones</i>	<p>Ambas opciones comparten muchas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tienen el mismo diseño general y proveen cobertura para una amplia gama de servicios dentales;</li> <li>▪ Son administradas por United Concordia y usan la red de UCCI Advantage Plus como proveedores de la red;</li> <li>▪ Proporcionan cobertura para usted y sus dependientes elegibles;</li> <li>▪ Tienen el mismo deducible por año calendario; y</li> <li>▪ Ofrecen la misma cobertura de servicios diagnósticos y preventivos dentro y fuera de la red (como por ejemplo limpiezas de rutina y rayos x) y de servicios primarios (como por ejemplo empastes y cuidado periodontal).</li> </ul> <p>Además, usted es elegible para los beneficios Smile for Health (Sonría para la salud) de UCCI, sin importar cuál opción elija.</p>

<b>Característica</b>	<b>Resumen</b>
<i><b>Diferencias de las dos opciones</b></i>	<p>Las siguientes son algunas diferencias de las dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles con el plan Enhanced Dental;</li> <li>▪ Usted recibe un nivel de cobertura más alto para los servicios restaurativos importantes (tales como coronas y puentes) con Enhanced Dental; y</li> <li>▪ El beneficio anual máximo para los servicios dentales es más alto con Enhanced Dental.</li> </ul>
<i><b>Qué está cubierto</b></i>	<p>El Plan ofrece una cobertura del 100% de los servicios de atención preventiva y diagnóstica elegibles dentro de la red, y no es necesario que usted cubra primero el deducible anual. Además, el Plan provee cobertura para la atención elegible dentro y fuera de la red de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios primarios tales como empastes, periodoncia y cirugía oral;</li> <li>▪ Servicios restaurativos importantes tales como coronas, puentes y dentaduras postizas; y</li> <li>▪ Con Enhanced Dental, los servicios de ortodoncia están cubiertos hasta alcanzar un beneficio máximo de por vida.</li> </ul>
<i><b>Su costo por la cobertura</b></i>	<p>En general, cuanto más pague por la cobertura a través de contribuciones de nómina o primas mensuales, menos pagará por el costo de los servicios de atención dental que reciba.</p> <p>Usted comparte el costo de la cobertura a través de contribuciones de nómina o primas mensuales y parte del costo de la atención recibida a través de deducibles, copagos y coseguro. Los beneficios de su plan, en ambas opciones, están sujetos a un máximo anual de beneficios.</p>
<i><b>Sobre Smile for Health (Sonría para la salud)</b></i>	<p>Con Smile for Health maternidad y beneficios optimizados, las embarazadas y las personas con ciertos problemas de salud crónicos reciben servicios adicionales de atención dental y un aumento del monto que paga el Plan de estos servicios. Vea “Smile for Health® Benefits” en la página 37 para obtener más información.</p>

## Contactos

Cuando tenga preguntas o necesite más información, consulte esta tabla para ver los recursos disponibles. También encontrará información importante personalizada y recursos en Workday.

<b>Recurso</b>	<b>Situación</b>	<b>Cómo comunicarse</b>
<b><i>RR HH de la UVA</i></b>	Comuníquese con RR HH de la UVA cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experimente un evento de vida calificado; o</li> <li>▪ Necesite reportar un cambio de nombre, dirección o número de teléfono.</li> </ul>	Llame al: 434-243-3344 Correo electrónico: <a href="mailto:askHR@virginia.edu">askHR@virginia.edu</a>
<b><i>Servicios para miembros de United Concordia</i></b>	Comuníquese con servicios para miembros cuando tenga preguntas sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los beneficios del Plan;</li> <li>▪ Los beneficios de Smile for Health; o</li> <li>▪ Los reclamos.</li> </ul>	Llame al: 866-215-2354
<b><i>Sitio web de United Concordia</i></b>	Use el sitio web seguro para miembros si necesita: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Información de elegibilidad o estado de un reclamo;</li> <li>▪ Una tarjeta de identificación de reemplazo;</li> <li>▪ Copias de formularios de reclamo; o</li> <li>▪ Acceso a herramientas que lo ayudan a administrar su atención médica.</li> </ul>	Inicie sesión en su cuenta en: <a href="https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/">https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/</a>
<b><i>Portal de la red de United Concordia</i></b>	Use este sitio web para encontrar proveedores dentro de la red de UCCI Advantage Plus	Visite: <a href="https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/">https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/</a> .
<b><i>Listado de beneficios de Smile for Health</i></b>	Use este resumen para encontrar información sobre la cobertura y los beneficios.	Visite: <a href="https://www.unitedconcordia.com/docs/SFH_Flyer.pdf">https://www.unitedconcordia.com/docs/SFH_Flyer.pdf</a>

## Contenido

<b>BENEFICIOS DE SU PLAN DENTAL DE LA UVA .....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN DE LA COBERTURA DENTAL .....</b>	<b>1</b>
<b>CONTACTOS .....</b>	<b>3</b>
<b>SOBRE ESTE RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES .....</b>	<b>8</b>
CARTA DE DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES .....	8
SUS RESPONSABILIDADES POR SER PARTICIPANTE DEL PLAN.....	8
<b>ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>QUIÉN ES ELEGIBLE .....</b>	<b>9</b>
<i>Empleados activos.....</i>	<i>9</i>
<i>Becarios de postdoctorado.....</i>	<i>9</i>
<i>Dependientes .....</i>	<i>10</i>
<i>Hijos adoptados .....</i>	<i>11</i>
<i>Hijos nacidos por alquiler de vientre .....</i>	<i>11</i>
<i>Órdenes de manutención de menores calificadas.....</i>	<i>11</i>
<b>CÓMO INSCRIBIRSE .....</b>	<b>11</b>
<i>Empleados nuevos.....</i>	<i>12</i>
<i>Inscripción abierta.....</i>	<i>12</i>
<b>MODIFICACIONES POR EVENTO DE VIDA CALIFICADO.....</b>	<b>12</b>
<i>Derechos de inscripción especiales .....</i>	<i>13</i>
<i>Documentación requerida para un evento de vida calificado.....</i>	<i>14</i>
<i>Documentación requerida para confirmar la relación del cónyuge o el dependiente .....</i>	<i>16</i>
<b>FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE OPCIÓN DURANTE LA INSCRIPCIÓN.....</b>	<b>19</b>
<i>Empleados nuevos.....</i>	<i>19</i>
<i>Inscripción abierta.....</i>	<i>20</i>
<i>Eventos de vida calificados e inscripciones especiales.....</i>	<i>20</i>
<b>CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA .....</b>	<b>20</b>
<b>¿QUÉ PASA SI ME VOY DE LA UNIVERSIDAD Y LUEGO REGRESO? .....</b>	<b>20</b>
<b>CÓMO PAGA SU COBERTURA.....</b>	<b>21</b>
<i>Contribuciones antes de impuestos y seguro social .....</i>	<i>21</i>
<i>Primas de becarios postdoctorales .....</i>	<i>21</i>
<b>CUANDO TERMINA LA COBERTURA .....</b>	<b>21</b>
<b>AUSENCIAS CON PERMISO .....</b>	<b>22</b>
<i>Ley de ausencia con permiso familiar médica y militar.....</i>	<i>22</i>
<i>Ausencia con permiso militar conforme a USERRA.....</i>	<i>22</i>
<i>Ausencia con permiso con goce de sueldo y ausencia con permiso sin goce de sueldo.....</i>	<i>23</i>
<b>CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA UN HIJO DISCAPACITADO.....</b>	<b>23</b>
<b>CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN BAJO COBRA.....</b>	<b>24</b>
<i>Elección y pago de la cobertura COBRA .....</i>	<i>25</i>
<i>Requisitos de notificación .....</i>	<i>26</i>
<i>Notificación de sus derechos en virtud de COBRA.....</i>	<i>27</i>
<i>Cambios de dirección .....</i>	<i>28</i>

<i>Cuándo termina COBRA</i> .....	28
<b>COORDINACIÓN CON OTROS PLANES</b> .....	<b>28</b>
SI TIENE OTRA COBERTURA .....	28
<b>SUS OPCIONES DE COBERTURA DENTAL DE LA UVA</b> .....	<b>31</b>
LISTADO DE BENEFICIOS DE BASIC DENTAL.....	31
LISTADO DE BENEFICIOS DE ENHANCED DENTAL.....	34
BENEFICIOS DE SMILE FOR HEALTH® .....	37
<b>CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA DENTAL</b> .....	<b>38</b>
LA RED DE PROVEEDORES .....	38
COSTO PERMISIBLE .....	38
DISTRIBUCIÓN DEL COSTO DE LA ATENCIÓN .....	38
<i>Deducible anual</i> .....	39
<i>Coseguro</i> .....	39
<i>Máximo anual</i> .....	39
DETERMINACIÓN PREVIA DE BENEFICIOS .....	39
<b>LO QUE ESTÁ CUBIERTO</b> .....	<b>40</b>
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS .....	40
<i>Cómo paga beneficios el Plan</i> .....	40
<i>Servicios cubiertos</i> .....	40
SERVICIOS PRIMARIOS .....	41
<i>Cómo paga beneficios el Plan</i> .....	41
<i>Servicios cubiertos</i> .....	41
SERVICIOS RESTAURATIVOS MAYORES .....	42
<i>Cómo paga beneficios el Plan</i> .....	42
<i>Servicios cubiertos</i> .....	43
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA (SOLO ENHANCED DENTAL).....	43
<i>Cómo paga beneficios el Plan</i> .....	43
<i>Servicios cubiertos</i> .....	43
PROVISIÓN DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS.....	44
BENEFICIOS DE SMILE FOR HEALTH® .....	44
<b>LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO</b> .....	<b>44</b>
EXCLUSIONES GENERALES.....	44
EXCLUSIONES ESPECIALES .....	46
<b>RECLAMOS Y APELACIONES DENTALES DE UCCI</b> .....	<b>46</b>
PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.....	46
APELACIÓN DE DECISIONES DE BENEFICIOS ADVERSAS .....	47
<i>Procedimiento de apelación</i> .....	47
<b>INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA</b> .....	<b>47</b>
INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN .....	48
DOCUMENTOS DEL PLAN .....	48
INTERPRETACIÓN DE LOS ROLES DE ELEGIBILIDAD .....	48
DECISIONES RELACIONADAS CON LOS RECLAMOS .....	49
FUTURO DEL PLAN.....	49

<b>PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA.....</b>	<b>50</b>
COMPROMISO DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE LA UNIVERSIDAD DE VIRGINIA .....	50
<i>Información sujeta a esta notificación.....</i>	<i>50</i>
RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN .....	51
<i>Notificación detallada sobre las políticas de privacidad del Plan: Usos y divulgaciones del Plan.....</i>	<i>52</i>
SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN MÉDICA.....	54
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.....	56



---

## Sobre este resumen

Este libro, incluyendo las listas de beneficios del plan dental de la UVA, constituye la descripción resumida del plan dental (SPD) de la UVA y el documento del plan.

En este libro, encontrará la información que necesita para comprender los beneficios del Plan de Dental de la UVA, incluyendo:

- Qué derechos y responsabilidades tiene en virtud del Plan;
- Quién es elegible para recibir la cobertura;
- Cómo inscribirse y en qué momento le está permitido modificar la cobertura elegida;
- Cuándo comienza y termina la cobertura;
- Lo que cubre y no cubre el Plan; y
- Cómo presentar un reclamo o apelar una decisión después de un reclamo.

Además, asegúrese de ver “Administrative Information” en la página 47 para ver información sobre la administración del Plan y “Compromiso de privacidad del Plan de la Universidad de Virginia” en la página 50 para ver la política de privacidad de la Universidad.

Por favor lea esta descripción resumida del plan (SPD, por su sigla en inglés) con atención y revísela cuando necesite entender cómo funcionan sus beneficios dentales. El resumen de beneficios y cobertura es el documento vinculante para la administración del Plan en los procesos de apelación. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a UCCI al número indicado en tarjeta de identificación o vea la sección “Contactos” en la página 3.

Este libro describe las disposiciones del Plan dental de la Universidad de Virginia (Plan dental de la UVA) al 1 de enero de 2023. La Universidad de Virginia se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o rescindir cualquiera de los beneficios en virtud del Plan dental de la Universidad de Virginia, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier razón a su exclusivo criterio.

La Universidad de Virginia adopta este documento del Plan como descripción del Plan dental de la UVA. Este documento del Plan reemplaza todas las declaraciones anteriores de las coberturas dental del Plan a partir del 1 de enero de 2023. Si alguna disposición del Plan resulta contraria a las leyes a las que está sujeto, tal disposición queda modificada por el presente de manera de estar de acuerdo con la ley.

Tenga en cuenta que, al adoptar y mantener el Plan dental de la UVA, la Universidad de Virginia no celebra ningún contrato de empleo con ningún empleado ni participante del Plan dental de la UVA. Ninguna parte de los documentos del plan dental de la UVA ni este libro le otorgan a ningún empleado o participante del Plan dental de la UVA derecho de empleo con la Universidad de Virginia ni lo autorizan a interferir con el derecho de la Universidad de Virginia de despedir a cualquier empleado en cualquier momento.

Algunos nombres de empresas, productos o servicios mencionados en el presente pueden ser marcas registradas de sus respectivas empresas.

---

## Sus derechos y responsabilidades

---

### *Carta de derechos de los participantes*

- Por ser participante del plan, usted tiene derecho a recibir información sobre el Plan dental de la UVA, los servicios, profesionales y prestadores del Plan, y sus derechos y responsabilidades.
- Usted tiene derecho a que se considere la confidencialidad de sus reclamos de atención dental.
- Usted tiene derecho a exigir que su proveedor le dé información sobre su tratamiento y a que la información se le explique o interprete según resulte necesario.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su plan de atención durante y antes del tratamiento.
- Usted tiene derecho a los beneficios para recibir los servicios médicos necesarios cubiertos por el Plan dental de la UVA.
- Usted tiene derecho a recibir respuestas rápidas y corteses a preguntas sobre el acceso a la atención, los beneficios dentales y los reclamos dentales.
- Usted tiene derecho a conocer los beneficios de atención dental y a que se le proporcione esta información en un idioma que usted comprenda.
- Usted tiene derecho a presentar una apelación para que se reconsidere una decisión o a presentar quejas sobre el Plan o la atención brindada por cualquier proveedor de la red. Además, usted tiene derecho a que se le ofrezca un proceso definido para tratar las quejas y apelaciones. Por favor vea “Reclamos y apelaciones dentales de UCCI” en la página 46 de esta descripción resumida del Plan para ver cómo es ese proceso.

---

### *Sus responsabilidades por ser participante del Plan*

- Usted es responsable de hacer preguntas cuando no comprenda la información o las instrucciones.
- Usted es responsable de saber si busca atención de un proveedor dentro de la red o fuera de la red. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el administrador de reclamos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.
- Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, será responsable de asegurarse de que el administrador de reclamos haya autorizado los servicios, de resultar necesario, y de saber si son prestadores aprobados de la red o de fuera de la red para que usted pueda recibir el máximo nivel de beneficios.
- Usted es responsable de verificar con el administrador de reclamos que el proveedor haya obtenido las certificaciones previas necesarias.
- Usted es responsable de que sus familiares estén al tanto de los procedimientos correctos para acceder a la atención antes de obtener los beneficios a través del Plan dental de la UVA.
- Usted tiene la responsabilidad de hacer todos los pagos de distribución de costos necesarios a los proveedores, de conformidad con lo delineado en el listado de beneficios apropiado de esta descripción resumida del Plan (vea “Sus opciones de cobertura dental de la UVA” en la página 31).
- Usted tiene la responsabilidad de notificar a RR HH de UVA si se produce algún cambio en su información de contacto o en la elegibilidad de sus dependientes completando los cambios a través del portal de beneficios en línea.

- Usted tiene la responsabilidad de darle a sus proveedores la información completa necesaria para atenderlo, incluyendo información precisa sobre su cobertura de atención dental actual, y de seguir el plan de tratamiento acordado.
- Usted tiene la responsabilidad de proveerle a RR HH de UVA la información relacionada a otras coberturas de seguro dental que puedan tener usted o su cónyuge cubierto.
- Usted tiene la responsabilidad de completar su inscripción en línea dentro de los 30 días siguientes a la fecha de elegibilidad o los 60 días de eventos de vida calificados ocurridos a mitad de año para inscribirse en el Plan o hacer cambios en él. Si se vence el plazo de inscripción para nuevos beneficios elegibles, por defecto, se considerará que usted ha renunciado a esos beneficios.
- Usted es responsable de brindar documentación y contestar preguntas que verifiquen la elegibilidad cuando así lo solicite el administrador del Plan.
- Usted tiene la responsabilidad de informar a RR HH de UVA cuando sus dependientes ya no sean elegibles para estar inscritos en el plan dental. Usted también es responsable de reembolsarle al Plan el costo de todo reclamo no elegible pagado por el Plan en relación con sus dependientes elegibles y no elegibles.

---

## Elegibilidad e inscripción

Esta sección describe quiénes son elegibles para recibir la cobertura, cómo inscribirse en la cobertura y a partir de cuándo entra en vigencia la cobertura.

---

### *Quién es elegible*

#### **Empleados activos**

Usted es elegible para inscribirse al Plan si es empleado de la Universidad y si es:

- Un empleado de tiempo completo;
- Un empleado de tiempo parcial programado para trabajar por lo menos 20 horas por semana; o
- Un empleado de tiempo parcial del centro médico que ha ya sea firmado un acuerdo de dotación de personal flexible (Flexible Staffing Agreement) o es un empleado de tiempo parcial elegible por otra razón, del modo indicado por el centro médico.

#### *Tenga en cuenta*

Los empleados temporarios, asalariados, subcontratados y por contrato no son elegibles para el Plan.

Los empleados elegibles que están ausentes con permiso deben ver “Ausencias con permiso” en la página 22 para informarse de los detalles de la cobertura.

#### **Becarios de postdoctorado**

Usted es elegible para inscribirse en el Plan si es becario de postdoctorado de la Universidad de Virginia.

## Dependientes

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles si presenta documentación para confirmar su elegibilidad. Sus dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legalmente reconocido en el estado de Virginia
- Sus hijos dependientes hasta el último día del mes en el que cumplan 26 años, incluyendo a:
  - Sus hijos biológicos o adoptados;
  - Los niños colocados en su hogar para su adopción;
  - Los niños de los que sea padre o madre legal en virtud de un contrato de alquiler de vientre;
  - Sus hijastros, e
  - Hijos de crianza.
- Los hijos dependientes solteros de los que usted sea tutor legal con custodia permanente, a menos que su padre o la madre biológicos también vivan con usted, excepto en aquellos casos en los que el padre o la madre biológicos sean menores que comparten la custodia con usted.

Estos dependientes legales son elegibles hasta el último día del mes en el que cumplen 26 años si la custodia fue otorgada antes de cumplidos sus 18 años, el hijo vive en su casa y aparece como dependiente en su declaración de impuestos a la renta.

La cobertura de hijos dependientes discapacitados puede continuar después del último día del mes en el que cumplen los edad 26 años si:

- Se trata de un hijo con discapacidad total o permanente;
- La discapacidad comenzó antes de que el hijo cumpliera los 26 años de edad;
- Los formularios de solicitud de declaración de persona discapacitada se solicitan a RR HH de UVA, se completan, se devuelven y son aprobados ANTES de que el dependiente cumpla los 26 años;
- El hijo es soltero, vive tiempo completo con usted en una relación padre-hijo normal, no tiene un trabajo de tiempo completo elegible para recibir beneficios y usted lo declara en su declaración de impuesto a la renta, y
- EL hijo ha mantenido una cobertura continua en virtud de un plan patrocinado por el empleador del empleado u otro padre biológico o adoptivo desde el comienzo de la discapacidad.

### *¿Qué ocurre si tanto mi cónyuge como yo trabajamos para la Universidad de Virginia?*

Nadie puede quedar cubierto como empleado y dependiente en virtud del Plan dental de la UVA y ningún dependiente puede estar cubierto por más de un empleado. Si tanto usted como su cónyuge son empleados elegibles, tiene las siguiente opciones:

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

## Hijos adoptados

La cobertura para los hijos adoptados entra en vigencia en la fecha de la adopción o en la que el niño es colocado en su hogar para su adopción si usted solicita la cobertura para el niño por escrito dentro de los 60 días de la colocación.

Si usted no cumple con este plazo de 60 días, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para presentar la solicitud y documentación. El cambio entrará en vigencia el primer día del año siguiente.

## Hijos nacidos por alquiler de vientre

La cobertura de los hijos nacidos por alquiler de vientre entra en vigencia el día del nacimiento del niño si usted solicita su cobertura por escrito dentro de los 60 días siguientes al nacimiento.

Si usted no cumple con este plazo de 60 días, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para presentar la solicitud y documentación. El cambio entrará en vigencia el primer día del año siguiente.

## Órdenes de manutención de menores calificadas

Una orden de manutención de menores calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés) es una orden de un tribunal que exige que el padre o la madre provea beneficios de atención dental a uno o más hijos. La cobertura en virtud del Plan puede extenderse a los hijos cubiertos por las QMCSO si:

- Su hijo cumple con la definición de dependiente elegible según el Plan y
- La Universidad determina que la orden judicial es «calificada».

La cobertura en virtud de las QMCSO no entrará en vigor hasta después de la fecha de vigencia de su cobertura.

Los participantes inelegibles y/o sus dependientes inscritos inelegibles serán retirados del plan retroactivamente a partir de su fecha de inscripción. El participante deberá un reembolso por el costo de reclamos no elegibles pagados por el Plan para el participante y/o sus dependientes, y podrá sufrir una medida disciplinaria que puede incluir su despido.

### *Auditoría de elegibilidad de dependientes*

Todos los dependientes recién inscritos o que se convirtieron en elegibles recientemente que soliciten inscribirse en el Plan dental de la UVA deben presentar documentación que acredite su relación con el empleado. La documentación necesaria se detalla en el sitio web de RR HH de la UVA en <https://hr.virginia.edu/>. El Plan tiene la obligación y el derecho de auditar la elegibilidad de los dependientes de tanto en tanto a fin de asegurar que el Plan se administre de acuerdo con la descripción resumida del plan.

## *Cómo inscribirse*

La participación en el Plan no suele ser automática. Usted debe inscribirse para poder contar con la cobertura de su elección. Usted y sus dependientes pueden inscribirse:

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

***Recordatorios de inscripción importantes***

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

**Empleados nuevos**

Como nuevo empleado, deberá inscribirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de contratación. Si no se inscribe o renuncia a la cobertura dentro de este período de 30 días, no podrá inscribirse hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que se presente un evento de vida calificado.

**Inscripción abierta**

Durante el período de inscripción abierto, usted puede revisar sus necesidades de cobertura para el año siguiente y modificar sus opciones de cobertura, de ser necesario. Las opciones que elija durante el período de inscripción abierto estarán vigentes durante el siguiente año calendario.

***Modificaciones por evento de vida calificado***

Durante el año calendario, usted podrá agregar o quitar dependientes solo cuando ocurra un evento de vida calificado. Si desea hacer alguna modificación, deberá presentar una solicitud escrita a RR HH de la UVA o a través de Workday en caso de ser empleado activo antes o dentro de los 60 días siguientes al evento de vida. La modificación entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al recibo de la solicitud o solicitud de Workday y la documentación requerida (ver “Documentación requerida para un evento de vida calificado” en la página 14) pero nunca antes de la fecha del evento. Si usted no cumple con este plazo de 60 días, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para presentar la solicitud y documentación. El cambio entrará en vigencia el primer día del año siguiente.

Si usted piensa cancelar dependientes porque ya no son elegibles para ser miembros de su Plan, su cobertura terminará en la fecha descrita en la «Cuándo termina la cobertura» en la página 21. Usted será responsable de reembolsar al Plan los pagos realizados por este en relación a reclamos presentados para sus dependientes inelegibles con fechas de servicio posteriores a la fecha de terminación de su cobertura. Estos reembolsos podrán deducirse de su remuneración.

Los participantes que tengan dependientes no elegibles inscritos en su póliza o aquellos que deban reembolsos por el costo de reclamos no elegibles pagados por el Plan para usted o sus dependientes pueden sufrir una medida disciplinaria que puede incluir el despido.

Las primas retroactivas reembolsadas a los empleados en relación con dependientes no elegibles deberán pagarse dentro del mismo año calendario que las notificaciones de no elegibilidad a RR HH de la UVA. Las primas retroactivas pagadas en años calendario anteriores se perderán.

***Cuando se produce un evento de vida calificado***

- La modificación de la cobertura que solicite debe ser coherente con el evento de vida calificado y debe desprenderse de él.
- Se debe presentar la documentación para confirmar los eventos calificados (ver “Documentación requerida para un evento de vida calificado” en la página 14). También es necesario presentar documentación que confirme la elegibilidad de los dependientes.

- Las solicitudes por internet hechas por los empleados activos deben presentarse a través de Workday en el caso de los empleados académicos y del centro médico.
- Un evento de vida calificado no le permite cambiarse de una opción de Plan a otra.

A continuación se incluyen ejemplos de eventos de vida calificados y de las modificaciones de inscripción que permiten. Para obtener más información, vea “Documentación requerida para un evento de vida calificado” en la página 14 o visite <https://hr.virginia.edu/>.

Evento de vida calificado	Cambios de inscripción permitidos
<i>Usted se casa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede inscribir a su cónyuge o a otros dependientes elegibles; o</li> <li>▪ Puede cancelar la cobertura propia</li> </ul>
<i>Usted tiene un hijo por nacimiento o adopción, o agrega a un hijastro o hijo de cuidado de crianza a su familia</i>	Puede inscribir al niño u otros dependientes elegibles.
<i>Usted se divorcia, se anula su matrimonio o fallece un dependiente cubierto</i>	Puede cancelar la cobertura de su ex cónyuge o del dependiente fallecido.
<i>Su hijo cubierto alcanza la edad máxima de cobertura</i>	Puede cancelar la cobertura de su hijo
<i>Como resultado de un cambio en el empleo de su cónyuge o dependiente, hay cobertura dental disponible a través del plan de su cónyuge o dependiente</i>	Puede cancelar la cobertura para usted o alguno de sus dependientes que se inscriben en el plan de su cónyuge o dependiente.
<i>Como resultado de un cambio en el empleo de su cónyuge o dependiente, se pierde la cobertura de salud a través del plan de su cónyuge o dependiente o el costo de la cobertura aumenta significativamente</i>	Puede agregar cobertura para usted y/o algún dependiente elegible que haya perdido su cobertura.
<i>Usted se muda al o fuera del área de servicio del Plan</i>	Ninguno
<i>Se vuelve elegible para Medicare o Medicaid</i>	Puede cancelar la cobertura propia

## Derechos de inscripción especiales

Existen ciertos eventos de vida calificados que le brindan derechos de inscripción especiales:

- En el caso del nacimiento, adopción , o colocación para la adopción, usted puede inscribirse e inscribir al niño nuevo y a otros dependientes elegibles que no se encuentren ya cubiertos por su póliza. Si presenta una solicitud de agregar a un niño dentro de los 60 días siguientes al evento, la cobertura de ese niño será retroactiva a su fecha de nacimiento o adopción; además, el cambio de prima, de resultar aplicable, entrará en vigencia el primer día del mes en el que haya ocurrido el evento. La incorporación de otros dependientes a su póliza entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha del evento.
- En el caso de un matrimonio, podrá inscribirse, inscribir a su cónyuge , y a cualquier otro dependiente que no esté en su póliza si presenta la solicitud dentro de los 60 días de ocurrido el evento. La

cobertura entrará en vigencia el primer día del mes en el que RR HH de la UVA reciba la solicitud de inscripción y la documentación, o a través de Workday, pero nunca antes de la fecha del evento.

- Las leyes federales otorgan un derecho de inscripción especial adicional denominado «HIPAA» cuando se termina la cobertura bajo la ley COBRA debido al cese de elegibilidad para la cobertura de salud grupal o cuando se extingue la cobertura de la ley COBRA. Sobre la base de estos eventos, usted puede inscribirse e inscribir a su cónyuge y/o a los dependientes que se hayan quedado sin cobertura dentro de los 60 días siguientes al evento. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción por parte de RR HH de la UVA de los documentos y la solicitud de inscripción o a través de Workday, pero nunca antes de la fecha del evento.
- La pérdida de elegibilidad para S-CHIP/Medicaid o provisión de asistencia de primas por parte de S-CHIP/Medicaid es un derecho de inscripción especial adicional. Usted podrá inscribirse, inscribir a su cónyuge y/o a sus dependientes que ya no sean elegibles para obtener cobertura provista por el gobierno o que se hayan convertido en elegibles para recibir asistencia del estado mediante ayuda en el pago de la cobertura del Plan dentro de los 60 días siguientes a la fecha del evento. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción por parte de RR HH de la UVA de los documentos y la solicitud de inscripción o a través de Workday, pero nunca antes de la fecha del evento. Comuníquese con RR HH de la UVA a través de Workday con su documentación si necesita asistencia con esta inscripción especial.

### Documentación requerida para un evento de vida calificado

Deberá presentar documentación a RR HH de la UVA junto con su solicitud de verificación del evento de vida calificado. A continuación incluimos un resumen de la documentación que debe brindar para cada evento de vida calificado.

Evento de vida calificado	Documentación requerida
<i>Usted contrae matrimonio</i>	Una copia de un certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con la fecha del archivo registrada.
<i>Si usted se divorcia o se anula su matrimonio</i>	Una copia de partes de los documentos del tribunal (por ejemplo, sentencia de divorcio o anulación) en las que consten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los nombres de ambas partes,</li> <li>▪ La fecha del divorcio; y</li> <li>▪ El sello o firma del juez.</li> </ul>
<i>Nacimiento de un niño</i>	Una copia del certificado de nacimiento y la carta de nacimiento en el que el empleado aparece como padre o madre.
<i>La adopción o colocación de un niño para su adopción</i>	Una copia de la orden de adopción del tribunal, orden de otorgamiento o certificado de nacimiento modificado con el que el empleado aparece como padre o madre.



<b>Evento de vida calificado</b>	<b>Documentación requerida</b>
<i>Su estado de empleo cambia en la UVA y esto afecta su inscripción en el Plan dental de la UVA</i>	No se requiere ningún tipo de documentación cuando ocurren los siguientes cambios en la situación del empleado: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incremento de horas de trabajo de tiempo parcial a tiempo completo;</li> <li>▪ Reducción de horas, o</li> <li>▪ Comienzo o regreso de una ausencia con permiso sin goce de sueldo.</li> </ul>
<i>Se termina el empleo de su cónyuge o su hijo y se pierde la cobertura</i>	Un documento del empleador con el membrete correspondiente, que , indique la fecha de cese de la relación laboral y la fecha de terminación de la cobertura dental.
<i>Su cónyuge o su hijo experimenta un cambio de empleo que afecta la inscripción en los beneficios debido a la elegibilidad</i>	Un documento del empleador con el membrete correspondiente que indique la fecha en la que su cónyuge o hijo se hizo elegible o dejó de ser elegible para recibir cobertura dental y la fecha de cobertura en la que comenzó o terminó.
<i>Su cónyuge o su hijo comenzaron o regresaron de una ausencia con permiso sin goce de sueldo y se perdió u obtuvo cobertura</i>	Un documento del empleador con el membrete correspondiente, que indique la fecha en la que su cónyuge o hijo comenzó o se reintegró de un permiso sin goce de sueldo y la fecha en la que la cobertura dental comenzó o terminó.
<i>Usted ya no está obligado a proveer cobertura de dependientes</i>	Presente una orden del Departamento de Servicios Sociales que confirme que usted ya no es responsable de brindar cobertura dental a sus hijos.
<i>Se modifica la custodia legal</i>	Presente una copia de un documento del tribunal que indique: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nombre del empleado o cónyuge como parte responsable;</li> <li>▪ La fecha de modificación de la elegibilidad;</li> <li>▪ El nombre de los hijos menores, y</li> <li>▪ El sello o firma del juez.</li> </ul>
<i>Usted (o su dependiente) ya no tiene derecho a la cobertura patrocinada por el gobierno</i>	Proporcione documentos gubernamentales que demuestren su derecho a participar en los programas subsidiados por el gobierno, como Medicaid, S-CHIP o TRICARE, o la interrupción de su elegibilidad.
<i>Se modifica la cobertura o el costo en más del 20% con su cónyuge o la otra cobertura de su hijo.</i>	Presente documentos del empleador que demuestren: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La fecha de entrada en vigencia de las modificaciones; y</li> <li>▪ Las modificaciones del costo y/o la cobertura (incluyendo información sobre la cobertura y el costo anteriores y la cobertura y el costo posteriores para poder confirmar el cambio del porcentaje y el tipo).</li> </ul>

Evento de vida calificado	Documentación requerida
<i>Su cónyuge o hijo fallecen</i>	Proporcione una copia del certificado de fallecimiento u obituario.

### Documentación requerida para confirmar la relación del cónyuge o el dependiente

Si tiene la intención de agregar a su cónyuge o a un dependiente a su cobertura, deberá brindar documentación para confirmar la relación que los une. Estos son los detalles relacionados con la documentación sobre la relación requerida.

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<i>Cónyuge</i>	El matrimonio debe estar reconocido como legal en el estado de Virginia. NOTA: Los ex cónyuges no son elegibles, ni siquiera por determinación de un tribunal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la fecha de la ceremonia con fecha de archivo registrado y</li> <li>▪ Copia del certificado de la primera y segunda página de la declaración de impuestos federal del empleado en la cual aparece el dependiente como «cónyuge». La página dos debe incluir las firmas o un número de confirmación de archivo electrónico. “Cubra con marcador” toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de seguro social.</li> </ul>
<i>Hijo natural (biológico)</i>	Un hijo puede estar cubierto hasta el final del mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del certificado de nacimiento o prueba de nacimiento que demuestre que el empleado es el padre o madre.</li> </ul>
<i>Hijo adoptado</i>	Un hijo puede estar cubierto hasta el final del mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del certificado de nacimiento u orden judicial de aprobación de la adopción en el que figure el nombre del empleado. Si se trata de un acuerdo legal de previo a la adopción, debe estar revisado y aprobado por RR HH de la UVA.</li> </ul>

<b>Dependientes</b>	<b>Definición de elegibilidad</b>	<b>Documentación requerida</b>
<i>Hijastro (hijo biológico de un cónyuge)</i>	Un hijastro puede estar cubierto hasta el final del mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del certificado de nacimiento (o acuerdo de adopción) que demuestre que el cónyuge del empleado es el padre, y</li> <li>▪ Copia del certificado de matrimonio emitido por el estado recibido después de la ceremonia con la fecha de registro indicada que muestre el nombre del empleado y del padre del dependiente y una prueba de propiedad conjunta y</li> <li>▪ Copia de la primera y segunda páginas de la declaración de impuestos federal del empleado en la cual el padre del dependiente aparezca como «cónyuge». La página dos debe incluir las firmas o un número de confirmación de archivo electrónico. “Cubra con marcador” toda la información financiera y los primeros cinco dígitos de todos los números de seguro social.</li> </ul>
<i>Hijo de crianza</i>	Un niño de acogida temporal puede estar cubierto hasta el final del mes en el que cumple los 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia de certificado de nacimiento, y</li> <li>▪ Copia de la sentencia judicial definitiva por la cual se otorga la custodia permanente con el nombre del empleado como responsable, el nombre de los hijos menores y la firma del juez a cargo, número de orden de manutención y sello.</li> </ul>

<b>Dependientes</b>	<b>Definición de elegibilidad</b>	<b>Documentación requerida</b>
<p><i>Otro menor para el cual usted tiene la tutela o custodia legal permanente</i></p>	<p>Un menor para el cual un juzgado ha ordenado que el empleado (y/o el cónyuge legal del empleado) asuma la custodia permanente podrá estar cubierto hasta terminar el mes en el que este cumple 26 años de edad si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No está casado,</li> <li>▪ Reside en forma permanente con el empleado en una relación padre-hijo,</li> <li>▪ Es declarado como dependiente en la declaración de impuestos federal del empleado, y</li> <li>▪ Se otorgó la custodia antes que el hijo cumpliera los 18 años de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia de certificado de nacimiento, y</li> <li>▪ Copia de la sentencia judicial definitiva por la cual se otorga la custodia permanente con el nombre del empleado o su cónyuge como responsable, el nombre de los hijos menores y la firma del juez a cargo, número de orden de manutención y sello.</li> </ul>
<p><i>Otros menores: excepción</i></p>	<p>Si el empleado (o el cónyuge del empleado) comparte la custodia permanente de “otro hijo” con su hijo menor de edad que es el padre del “otro hijo: excepción”, ese “otro hijo” podrá también estar cubierto si tanto el otro hijo, como el hijo menor de edad (que es el padre) y el cónyuge del empleado (de ser aplicable):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conviven en el mismo hogar que el empleado,</li> <li>▪ Ambos hijos son solteros,</li> <li>▪ Ambos hijos son declarados como dependientes en la declaración de impuestos federal del empleado, y</li> <li>▪ Una orden judicial ha ordenado al empleado o a su cónyuge asumir la custodia permanente conjunta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del certificado de nacimiento del otro hijo que muestre el nombre del hijo menor de edad como padre del otro hijo, y</li> <li>▪ Copia del certificado de nacimiento (o acuerdo de adopción) del hijo menor de edad que muestre el nombre del empleado, y</li> <li>▪ Copia de la sentencia judicial definitiva por la cual se otorga la custodia con los nombres del empleado o su cónyuge y de su hijo menor de edad como partes responsables, el nombre del «otro hijo» y la firma del juez a cargo, el número de orden de manutención y el sello.</li> </ul>

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
<b>Hijo adulto discapacitado</b>	<p>Los hijos adultos del empleado que estén discapacitados debido a una enfermedad física o mental podrán estar cubiertos pasado el final del mes en el que cumplan los 26 años de edad si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La discapacidad es permanente y total,</li> <li>▪ No está casado,</li> <li>▪ Residen en forma permanente con el empleado (o el otro padre biológico o adoptivo),</li> <li>▪ Son declarados dependientes en la declaración de impuestos federal del empleado,</li> <li>▪ Se los considera discapacitados antes de que finalice el mes en el que cumplen los 26 años de edad, y</li> <li>▪ Han mantenido una cobertura continua en virtud de un plan patrocinado por el empleador del empleado (o del otro padre biológico o adoptivo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Copia del certificado de nacimiento o acuerdo de adopción legal en el que figura el nombre del empleado, y</li> <li>▪ Otra certificación médica y documentación que acredite elegibilidad según se necesite.</li> <li>▪ En el caso de que el empleado sea nuevo, una copia del certificado de HIPAA que demuestre que tuvo cobertura anterior patrocinada por el empleador.</li> </ul>

### ***Finalización del periodo de opción durante la inscripción***

Durante cualquier periodo de inscripción que incluya la inscripción de un empleado nuevo, las inscripciones abiertas, los periodos de modificación por evento de vida calificado o de inscripción especial, existe un periodo específico para optar o realizar cambios en virtud de la Sección 125 del código del Departamento de Rentas Internas (IRS) según el evento y el periodo indicados anteriormente. No se permiten otros cambios ni inscripciones hasta el próximo periodo de inscripción abierta o el próximo evento de vida calificado.

### **Empleados nuevos**

Cuando hace una selección en Workday, se le da la oportunidad de imprimir una confirmación de lo que ha elegido. Si la confirmación no refleja sus opciones elegidas, notifique el error de inmediato a RR HH de la UVA para que pueda corregir la opción incorrecta antes de que comiencen a hacerse las deducciones de su cheque de pago. Todas las selecciones son definitivas hasta el próximo período de inscripción abierta o el próximo evento de vida calificado.

Si no se seleccionan beneficios de atención médica en los 30 días posteriores de la fecha su de contratación, se determinará por defecto que usted ha “renunciado” a su cobertura dental.

## Inscripción abierta

Si hace una selección o cambios durante una inscripción abierta, tendrá la oportunidad de imprimir una confirmación de lo que ha elegido. Si la confirmación no refleja lo que ha elegido, debe notificar el error de inmediato al sector de RR. HH. de la UVA para que puedan corregirlo. Una vez que cierra el periodo de inscripción abierta, todas sus selecciones son definitivas hasta la próxima inscripción abierta o el próximo evento de vida calificado.

## Eventos de vida calificados e inscripciones especiales

Cuando hace una selección o cambios, tendrá la oportunidad de imprimir una confirmación de lo que ha elegido. Si la confirmación no refleja sus opciones elegidas, notifique el error de inmediato a HH RR de la UVA para que pueda corregir la opción incorrecta antes de que comiencen a hacerse las deducciones de su cheque de pago. Todas las selecciones son definitivas hasta la próxima inscripción abierta o el próximo evento de vida calificado.

---

## *Cuándo comienza la cobertura*

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

- Si se inscribe en cuanto se vuelve elegible, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha de su contratación. Si usted es contratado en el primer mes, la cobertura comienza de inmediato.
- Si se inscribe en un periodo de inscripción abierta, la cobertura comienza el siguiente 1° de enero.
- Si se inscribe debido a un evento de vida calificado, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción y la documentación en el sector de RR. HH. de la UVA si la inscripción se recibe dentro de los 60 días del evento, pero no antes de la fecha del evento, con excepción de nacimientos y adopciones. Estos cambios entran en vigor en la fecha del evento si la inscripción se recibe en los 60 días posteriores al evento mientras que el cambio de la prima, si aplica, se hace efectivo el primero del mes en que ocurre el evento. Si usted no cumple con el plazo de 60 días, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta para enviar la solicitud y documentación.

---

## *¿Qué pasa si me voy de la universidad y luego regreso?*

¿Cuándo comienza su cobertura si usted vuelve a trabajar a la Universidad? Todo depende de cuándo sea recontratado.

- Si usted es recontratado en un puesto en el que tiene derecho a beneficios en los 31 días posteriores a la fecha en la que deja la Universidad y estaba inscrito en los beneficios al momento de la desvinculación, no habrá interrupción de la cobertura. Usted debe inscribirse en los mismos beneficios que tenía antes de desvincularse.
- Si es recontratado en un puesto en el que tiene derecho a beneficios después de pasados los 31 días de la fecha de su desvinculación, será tratado como un empleado nuevo. La cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha de su contratación. Si usted es contratado en el primer mes, la cobertura comienza de inmediato.

---

## ***Cómo paga su cobertura***

Mientras es empleado activo, comparte el costo de la cobertura en virtud del Plan a través de contribuciones de la nómina. Su contribución se deduce de su pago antes de impuestos.

### **Contribuciones antes de impuestos y seguro social**

Las contribuciones antes de impuestos provienen de su salario antes de que se calculen los impuestos federales a la renta, los impuestos FICA (seguro social y Medicare) y la mayoría de los impuestos locales y estatales a la renta.

Como sus impuestos se calculan sobre un monto menor de ingresos imponibles, usted paga menos impuestos. Esto provoca la reducción del costo de su cobertura.

Cuando usted reduce el monto de su salario sujeto a los impuestos de seguro social, es probable que también reduzca el beneficio del seguro social. Sin embargo, la reducción de los beneficios debería ser baja y muy probablemente se compense con la reducción de los impuestos.

#### ***Para obtener más información***

Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre los impuestos y contribuciones de su beneficio.

### **Primas de becarios postdoctorales**

Si es becario de un postdoctorado, usted es responsable de pagar las primas mensuales que no cubre su beca o su departamento. Usted puede optar por pagar las primas mensuales con cupones de pago o bien en forma electrónica cada mes desde su banco.

Los pagos propios se vencen el primer día del mes para el que se solicita cobertura (el plazo de cobertura). Si no se recibe el pago completo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se cancelará la cobertura sin opción de restablecerla. Si se recibe el pago de su prima después de la fecha de vencimiento pero antes de que culmine el periodo de gracia de 30 días, su cobertura en virtud del Plan quedará suspendida desde el primer día del periodo de cobertura y se reactivará de manera retroactiva (al primer día del periodo de cobertura) una vez que se reciba el pago de la prima. Esto significa que cualquier reclamo de beneficios que usted presente mientras su cobertura esté suspendida puede denegarse y tal vez tenga que volverlo a presentar una vez que su cobertura esté restablecida. Los reembolsos de gastos cubiertos incurridos solo se harán cuando se hayan recibido todos los pagos propios.

Los montos de las primas que se cobran a grupos de becarios postdoctorales y los beneficios brindados en virtud del Plan están sujetos a cambios anuales. En general, las tasas de la prima y los beneficios no cambian más de una vez por año.

Las solicitudes de cancelación de la cobertura suya o de su dependiente se otorgarán a futuro. No se admitirán las solicitudes de terminación retroactivas ni los reembolsos de prima asociados.

---

## **Cuando termina la cobertura**

La cobertura del Plan de un empleado finaliza el último día del mes en el que sucede algo de lo siguiente:

- El empleado ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan;
- Se cancela el Plan;
- Fallece el empleado;

- Se termina el empleo del empleado;
- El empleado no paga las contribuciones requeridas para la cobertura o el reembolso de un pago de reclamos no elegible; o
- El empleado cubre a un dependiente que no es elegible.

La cobertura de los dependientes termina:

- El último día del mes en el que:
  - Finaliza la cobertura del empleado;
  - El dependiente ya no es elegible para la cobertura correspondiente;
  - El empleado no paga las contribuciones requeridas para la cobertura del dependiente;
  - Fallece el dependiente;
  - Finaliza toda la cobertura del dependiente en virtud del Plan;
  - El dependiente queda cubierto como empleado; o
  - El hijo dependiente alcanza la edad de 26 años.
- El último día del segundo mes posterior al mes en el que fallece el empleado.

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

Usted será responsable de reembolsar al Plan todo pago hecho por este en relación a reclamos presentados para usted o sus dependientes con fechas de servicio posteriores a la fecha de terminación de su cobertura.

---

### ***Ausencias con permiso***

El Plan incluye reglas que determinan cómo una ausencia con permiso afecta su cobertura. Las reglas varían según el motivo de la ausencia con permiso.

#### **Ley de ausencia con permiso familiar médica y militar**

Según la Ley de Ausencia con Permiso Familiar y Médica (FMLA), usted puede solicitar hasta 12 semanas laborales de ausencia con permiso en cualquier periodo de 12 meses por el nacimiento o la adopción de un hijo, o a causa de una enfermedad grave suya o de un familiar y hasta 26 semanas por una ausencia con permiso militar calificada. Durante una ausencia con permiso FMLA, la cobertura de su Plan continúa en tanto usted siga haciendo las contribuciones.

#### **Ausencia con permiso militar conforme a USERRA**

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

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

- 24 meses (términos similares a los de la ley COBRA); o
- La fecha en la que deba regresar al trabajo según lo establece la ley USERRA y no lo haga.



Si no continúa la cobertura para usted o sus familiares durante su ausencia con permiso y usted regresa al trabajo:

- Usted y sus familiares volverán a estar cubiertos el primer día del mes siguiente a la fecha en la que regrese al trabajo después de su ausencia con permiso militar, si usted lo solicita en ese momento (esto requiere que usted vuelva al trabajo en los términos que establece la ley USERRA);
- Todo periodo de espera para la elegibilidad que no termine antes de ese momento no se acreditará durante su ausencia con permiso.

Se le acreditará el tiempo que estuvo cubierto por el Plan antes de su ausencia con permiso militar, así como cualquier parte o todo el periodo de continuación de la cobertura de 24 meses.

Usted es responsable de pagar el costo del empleado de la cobertura mientras esté ausente con permiso por razones militares. Si no hace los pagos a tiempo, como se indica en su factura, se cancelará la cobertura. Usted debe pagar el monto facturado completo. No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

### **Ausencia con permiso con goce de sueldo y ausencia con permiso sin goce de sueldo**

Las políticas de la Universidad y del Centro Médico describen varios tipos de ausencias con permiso para distintos tipos de grupos de empleados. La elegibilidad para la cobertura dental, la duración de la cobertura dental que se ofrece y los costos de las primas para empleados y empleadores varían según el tipo de ausencia con permiso. Si desea detalles sobre los tipos de ausencia con permiso las políticas aplicables y la cobertura dental mientras está ausente con permiso, visite <https://hr.virginia.edu/>, tiempo libre. Usted es responsable del pago de las primas de su cobertura dental durante su ausencia con permiso. Si no hace los pagos a tiempo, como se indica en sus facturas, se cancelará la cobertura. Usted debe pagar el monto facturado completo. No puede diferir los pagos hasta que regrese a trabajar.

Si su cobertura se interrumpe o dispensa, usted será responsable de reembolsar al Plan todo pago hecho por este en relación a reclamos presentados para usted o sus dependientes con fechas de servicio posteriores a la fecha de terminación de su cobertura.

---

### ***Continuación de la cobertura para un hijo discapacitado***

La cobertura de su dependiente discapacitado cubierto por el Plan puede continuar pasado el momento en el que terminaría en condiciones normales. Esta sección describe cómo puede extender la cobertura de un dependiente discapacitado pasada la edad límite estipulada en el Plan para los dependientes.

Su hijo se considera discapacitado si:

- El hijo no es capaz de ganarse el sustento debido a una discapacidad mental o física que empieza antes de llegar a la edad límite para los dependientes; y
- El hijo depende principalmente de usted para su sustento y manutención.

Usted debe comunicarse con de RR HH de UVA antes de que su dependiente discapacitado cumpla los 26 años de edad para recibir los formularios de solicitud por discapacidad. Usted y el médico que trata a su hijo deben completar y enviar los formularios con pruebas de la discapacidad que deben aprobarse antes de que su hijo cumpla los 26 años de edad. Su hijo también debe ser soltero, vivir con usted el 100% del tiempo como padre e hijo, constar como dependiente en sus declaraciones de impuestos y no tener empleo de tiempo completo. La cobertura de su hijo finalizará cuando suceda lo primero de lo siguiente:

- Su hijo ya no está discapacitado;

- Usted no presenta pruebas suficientes de que la discapacidad continúa;
- Usted no cuenta con los estudios obligatorios realizados; o
- La cobertura de su hijo finaliza por otras razones ajenas a la edad límite.

El estado de discapacidad se debe renovar anualmente. RR HH de UVA requerirá un comprobante de que la discapacidad continúa para volver a certificar la discapacidad de su hijo.

### ***Continuación de la cobertura del Plan bajo COBRA***

Usted y sus dependientes cubiertos por el Plan pueden extender la cobertura temporalmente y con ciertas condiciones pasado el momento en que terminaría en condiciones normales. Esta sección describe cómo usted y sus dependientes cubiertos pueden extender la cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985.

Si su empleo termina por alguna razón que no sea una mala conducta grave o si usted o su dependiente cubierto ya no son elegibles para la cobertura del Plan, usted y/o su dependiente cubierto pueden continuar con la cobertura temporalmente de conformidad con los términos de la ley federal conocida como «COBRA». Avise de inmediato al sector de RR. HH. de la UVA si usted o sus dependientes cubiertos experimentan un “evento amparado bajo la ley COBRA” como se define en el cuadro a continuación. Usted tiene 60 días desde la fecha del evento para comunicarse con el sector de RR. HH. de la UVA para inscribirse al amparo de la ley COBRA. El sector de RR. HH. de la UVA informará a su Administrador de COBRA sobre la elegibilidad suya o de sus dependientes cubiertos una vez que recibida la notificación de su parte. Si usted no informa el evento amparado bajo la ley COBRA en este plazo, perderá la elegibilidad para continuar según los términos de COBRA.

Si desea optar por extender la cobertura, debe informarlo por escrito al administrador de COBRA dentro de los 60 días siguientes a la última de estas dos fechas: la fecha de la carta de notificación del administrador de COBRA o la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA que termina su cobertura de empleado activo regular según el Plan. Usted paga el costo completo de la cobertura según la ley COBRA, más un 2% de gastos administrativos después de impuestos. El costo total de la cobertura es diferente de la contribución que paga al trabajar para la Universidad.

El siguiente cuadro muestra los motivos por los que podría finalizar la cobertura para usted o su dependiente cubierto. Para cada uno de esos motivos, la ley COBRA especifica el plazo por el que usted puede conservar la cobertura de su Plan.

Motivo por el que finalizó la cobertura ("evento amparado bajo la ley COBRA")	Periodo de extensión máximo según la ley COBRA		
	<i>Usted</i>	<i>Su cónyuge</i>	<i>Su hijo</i>
<i>Usted pierde la cobertura porque se reducen sus horas de trabajo.</i>	18 meses	18 meses	18 meses
<i>Usted es despedido por cualquier razón que no sea una mala conducta grave</i>	18 meses	18 meses	18 meses

<i>Usted o su dependiente cubierto se vuelven elegibles para recibir beneficios de discapacidad del seguro social cuando pierden la cobertura bajo el Plan</i>	29 meses	29 meses	29 meses
<i>Usted se divorcia.</i>	N/A	36 meses	36 meses
<i>Usted se vuelve elegible para Medicare</i>	N/A	36 meses	36 meses
<i>Su hijo ya no es elegible (p.ej., llega a la edad de 26 años)</i>	N/A	N/A	36 meses

Ser elegible para Medicare en el momento en el que ocurre el evento amparado por la ley COBRA no impide que opte por la cobertura según la ley COBRA.

### **Elección y pago de la cobertura COBRA**

Usted abona el costo total de cobertura de su Plan cuando elija la cobertura según la ley COBRA, más un 2% en concepto de gastos administrativos. Cuando sea elegible para acceder a la cobertura según la ley COBRA, será notificado del costo mensual. Si es elegible para recibir beneficios por discapacidad del seguro social, el costo de la cobertura según la ley COBRA será el 150% del costo del Plan, más un 2% de gastos administrativos, a partir del mes 19.

Cuando el administrador de COBRA del Plan le notifique de su elegibilidad para recibir la cobertura según la ley COBRA, tendrá 60 días para optar por esa cobertura. Tendrá luego 45 días adicionales para abonar el costo de su cobertura según la ley COBRA, retroactiva a la fecha en la que comenzó la cobertura (la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA). Durante el periodo de opción de 60 días, el Plan, cuando así se le solicite, notificará a los proveedores de atención dental sobre su derecho a elegir la cobertura COBRA retroactivamente a la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA. La cobertura no comenzará hasta que no se reciba el primer pago.

Lo habitual es que los pagos de las primas venzan el primero del mes del próximo periodo de cobertura. No recibirá recordatorios de las primas impagas. Si no se recibe un pago previsto en los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, se cancelará la cobertura. Si el pago de su prima se recibe después de la fecha de vencimiento pero antes de que culmine el periodo de gracia de 30 días, la cobertura en virtud del Plan quedará suspendida desde el primer día del periodo de cobertura. Cuando se reciba el pago, se reactivará la cobertura de manera retroactiva al primer día del periodo de cobertura. Esto significa que se podrían rechazar los reclamos de beneficios que envíe mientras su cobertura esté suspendida. Si es así, posiblemente tenga que reenviar el reclamo una vez que se reactive la cobertura.

**Requisitos de notificación**

<b>Evento amparado por la ley COBRA</b>	<b>Procedimientos de notificación</b>	<b>Quién debe actuar y cuándo</b>
<i><b>Si usted renuncia a su empleo</b></i>	El administrador del plan COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su dirección postal conocida más reciente para informarle sobre los derechos de continuación de cobertura que tienen usted y sus dependientes.	Usted debe enviar una solicitud escrita de COBRA al administrador del plan COBRA dentro de los 60 días siguientes a lo que ocurra último: la carta de notificación o la fecha de terminación de su empleo, o la fecha en la que se perdería la cobertura del plan, de ser posterior.
<i><b>Si usted reduce sus horas de trabajo</b></i>	El administrador del plan COBRA enviará una carta de notificación de COBRA a su dirección postal conocida más reciente para informarle sobre los derechos de continuación de cobertura que tienen usted y sus dependientes.	Usted debe enviar una solicitud escrita de COBRA al administrador del plan COBRA dentro de los 60 días siguientes a lo que ocurra último: la carta de notificación o la fecha de terminación de su empleo, o la fecha en la que se perdería la cobertura del plan, de ser posterior.
<i><b>Otros eventos amparados bajo la ley COBRA</b></i>	El empleado cubierto o beneficiario calificado debe notificar al sector de RR. HH. de la UVA de ciertos eventos amparados bajo la ley COBRA. Estos eventos son los siguientes: Divorcio del empleado o pérdida del hijo de su condición de dependiente bajo los términos del Plan.	Usted debe notificar al sector de RR. HH. de la UVA dentro de los 60 días de la fecha del evento amparado bajo la ley COBRA. La falta de notificación dentro de este plazo causa la pérdida de la oportunidad de elegir la opción COBRA.
<i><b>Notificación específica</b></i>	El administrador de COBRA enviará una carta de notificación al último domicilio conocido de su ex cónyuge en el caso de un divorcio o a su domicilio si su hijo perdiera la elegibilidad.	El ex cónyuge o dependiente no elegible debe optar por la cobertura según la ley COBRA en los 60 días posteriores al evento amparado bajo la ley COBRA (es decir, la fecha de divorcio o la fecha en la que el hijo pierde la elegibilidad como dependiente) o bien la fecha de la carta de notificación o la fecha en la que se perdería la cobertura del Plan, si fuera posterior. La falta de notificación dentro de este plazo causa la pérdida de la oportunidad de elegir la opción COBRA.

Evento amparado por la ley COBRA	Procedimientos de notificación	Quién debe actuar y cuándo
<i>Si usted solicita una extensión de la cobertura COBRA debido a una discapacidad</i>	Usted debe notificar al administrador del plan COBRA	Usted deberá informar dentro de los 60 días posteriores a cualquier decisión definitiva de la Administración del Seguro Social de que el individuo es discapacitado y dentro de los 18 meses del evento amparado bajo la ley COBRA. Si no hace la notificación en el plazo estipulado, perderá la oportunidad de solicitar la extensión.
<i>Si deja de estar discapacitado</i>	Usted debe notificar al administrador del plan COBRA	Usted debe notificar dentro de los 30 días siguientes a la notificación de la Administración del Seguro Social de que el individuo ya no está discapacitado.

**¿Mi cobertura según la ley COBRA será igual a la de los empleados activos?**

Sí. Todos los cambios que se hagan al Plan de los empleados activos se aplicarán también al suyo según lo establecido en la ley COBRA.

Mientras usted esté cubierto por el Plan según lo establece la ley COBRA:

- Tendrá los mismos derechos que los demás empleados elegibles, incluido el derecho a cambiar la cobertura seleccionada durante el periodo de inscripción abierta.
- Podrá cambiar la cobertura seleccionada si sucede otro evento amparado bajo la ley COBRA o un evento de vida calificado, según lo descrito en “Modificaciones por evento de vida calificado” en la página 12.
- Si su dependiente pasa por otro evento amparado bajo la ley COBRA mientras está vigente el periodo de cobertura de 18 meses según la ley COBRA, su dependiente podrá calificar para un periodo adicional de cobertura según la ley COBRA, pero el periodo de cobertura según la ley COBRA será de un máximo de 36 meses; usted o su dependiente deben notificar al administrador COBRA sobre el segundo evento amparado bajo la ley COBRA.

**Notificación de sus derechos en virtud de COBRA**

El administrador de COBRA del Plan le avisará por correo sobre su derecho de optar por la cobertura según la ley COBRA cuando su evento amparado bajo la ley COBRA sea a reducción de las horas de trabajo o la terminación del empleo. La notificación le dará instrucciones sobre cómo extender la cobertura de su Plan.

Si los dependientes cubiertos pierden la cobertura a causa de un divorcio o la pérdida de su condición de dependiente, usted o sus dependientes cubiertos deben notificar a la Universidad en un plazo de 60 días del evento amparado bajo la ley COBRA para que se pueda ofrecer la cobertura según la ley COBRA y enviar por correo los derechos de opción.

Para extender su cobertura según la ley COBRA más allá de los 18 meses debido a que es elegible para recibir beneficios del seguro social por discapacidad, se debe presentar la notificación de la determinación de la Administración del Seguro Social dentro de los 60 días posteriores a la fecha en la que la reciba y antes de que termine el periodo de extensión inicial de 18 meses.

El administrador de COBRA es:

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

### **Cambios de dirección**

A fin de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener informado al administrador de COBRA sobre los cambios de domicilio de todos los miembros de la familia.

### **Cuándo termina COBRA**

La cobertura según la ley COBRA finalizará antes del periodo de extensión máximo presentado en el cuadro anterior si sucede lo siguiente:

- Usted o su dependiente cubierto son elegibles para acceder a Medicare después de optar por la cobertura según la ley COBRA;
- Usted o su dependiente cubierto queda cubierto por otro plan grupal que no restringe la cobertura por una enfermedad preexistente. Si su plan nuevo tiene restricciones para enfermedades preexistentes:
  - Su continuación en el Plan conforme a los términos de la ley COBRA puede extenderse hasta lo que ocurra primero de lo siguiente: finaliza la restricción por la enfermedad preexistente en el otro plan o usted alcanza el periodo máximo de extensión en este Plan;
- Usted no hace el pago completo de la prima antes del vencimiento; o
- Se cancela el Plan.

Las solicitudes de cancelación de la cobertura según la ley COBRA anteriores a la fecha en la que usted o su dependiente han estado cubiertos por el periodo máximo de extensión se otorgarán potencialmente. No se admitirán las solicitudes de terminación retroactivas ni los reembolsos de prima asociados.

---

## **Coordinación con otros planes**

### ***Si tiene otra cobertura***

Si tiene cobertura con otros planes grupales o individuales o bien recibe pagos por una enfermedad o lesión causada por otra persona, podrían ajustarse los beneficios que recibe en virtud de este Plan. Esto podría reducir los beneficios que recibe de este Plan. El ajuste se conoce con el nombre de «coordinación de beneficios» (COB, por sus siglas en inglés).

Los beneficios dentales disponibles a través de otros planes grupales o individuales, contratos u otros arreglos —incluida la cobertura del seguro de automóvil— en los que se brinden, programen o abonen beneficios dentales sobre una base asegurada o no asegurada se coordinan con este Plan.

Se entiende por “otros planes” cualquier otro plan de cobertura dental provisto por:

- Un seguro grupal u otro arreglo de cobertura grupal para individuos, sin importar que el plan esté asegurado; Esto incluye grupos de prepago;
- El beneficio de protección por lesiones personales (PIP, por sus siglas en inglés) de los vehículos motorizados o un seguro opcional para vehículos motorizados, en la medida que lo disponga la ley aplicable. Siempre que sea legalmente posible, este Plan será el secundario.

Si desea saber si se reducirán los beneficios en virtud de este Plan, el administrador dental debe primero determinar qué plan es el primario (el que paga beneficios primero) con las reglas que indicamos a continuación y en ese orden. La primera regla aplicable del siguiente cuadro determinará qué plan paga primero:

Si ...	Entonces ...
1. <i>Un plan tiene una disposición de COB y el otro plan no la tiene</i>	El plan sin la disposición de COB calcula el beneficio y paga primero.
2. <i>Un plan lo cubre como dependiente y el otro plan lo cubre como empleado o jubilado</i>	El plan que lo cubre como empleado o jubilado calcula el beneficio y paga primero.
3. <i>Los padres de un niño están casados o viven juntos (casados o no casados)</i>	El plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año calendario determina el beneficio y paga primero. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan del padre con la cobertura más duradera determina el beneficio y paga primero. Pero, si el otro plan no tiene esta «regla del cumpleaños» de los padres, se aplica la regla de COB del otro.
4. <i>Los padres de un niño están separados o divorciados pero tienen custodia compartida, y no hay orden judicial que asigne responsabilidad por los gastos dentales del hijo a ninguno de los padres, o bien existe una que establece que ambos padres son responsables de la cobertura dental del hijo</i>	Se aplica la “regla del cumpleaños” descrita en la regla 3 anterior.
5. <i>Los padres de un niño están separados o divorciados, y una orden judicial asigna la responsabilidad de los gastos dentales del hijo a uno de los padres</i>	El plan que cubre al hijo como dependiente del padre asignado determina el beneficio y paga primero.

Si ...	Entonces ...
<b>6.</b> <i>Los padres de un niño están separados, divorciados o no conviven (casados anteriormente o no) y no existe una orden judicial que asigne responsabilidades por los gastos dentales del hijo a uno de los padres</i>	Se determinan los beneficios y se pagan en este orden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan del padre que tiene custodia paga primero, luego</li> <li>▪ El plan del cónyuge del padre con la custodia paga, luego</li> <li>▪ El plan del padre que no tiene custodia paga, luego</li> <li>▪ El plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia paga.</li> </ul>
<b>7.</b> <i>Usted cuenta con cobertura como empleado activo (es decir, no como jubilado o empleado cesante) y cobertura como jubilado o empleado cesante. O tiene cobertura como dependiente de un empleado activo y como dependiente de un jubilado o empleado cesante</i>	El plan que lo cubre como empleado activo o como dependiente de un empleado activo determina el beneficio y paga primero. Esta regla se pasa por alto si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: Esta regla no se aplica si, por regla 2 anterior, ya se determinó el orden de pago.
<b>8.</b> <i>Usted está cubierto de conformidad con una ley derecho de continuación federal o estatal (como por ejemplo, COBRA)</i>	Otro plan que no es el que lo cubre por un derecho de extensión determina el beneficio y paga primero. Esta regla se pasa por alto si el otro plan no contiene la misma regla. Nota: Esta regla no se aplica si, por regla 2 anterior, ya se determinó el orden de pago.
<b>9.</b> <i>Las reglas anteriores no establecen el orden de pago</i>	El plan que lo ha mantenido cubierto durante más tiempo determina el beneficio y paga primero.

Cuando el otro plan paga primero, los beneficios en virtud de este Plan se reducen tal como se muestra aquí:

- El monto que pagaría este Plan si fuera la única cobertura disponible, menos
- los beneficios pagados por los otros planes.

Esto evita que la suma de los beneficios supere lo que usted recibiría de este Plan solamente.

Si su(s) otro(s) plan(es) paga(n) beneficios en forma de servicios en lugar de pago en efectivo, el Plan utiliza el valor en efectivo de esos servicios en efectivo para realizar el cálculo.



## Sus opciones de cobertura dental de la UVA

El Plan de dental de la UVA ofrece las siguientes tres opciones:

- Basic Dental (dental básica); y
- Enhanced Dental (dental optimizada).

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

Este cuadro resume la mayoría de los beneficios comunes que tiene a su disposición en virtud del Programa dental administrado por UCCI.

### *Listado de beneficios de Basic Dental*

Característica del programa	Dentro de la red	Fuera de la red
<b><i>Deducible anual</i></b> (Es aplicable a servicios primarios y a servicios restaurativos importantes)	\$50 por persona	
<b><i>Máximo anual (año calendario)</i></b> (Es aplicable a servicios diagnósticos y preventivos, servicios primarios, y a servicios restaurativos importantes)	\$1,000 por persona	

Servicios provistos***	Dentro de la red (basados en el costo permisible)	Fuera de la red* (basados en el costo permisible)
<b>Atención diagnóstica y preventiva**</b>		
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluaciones orales de rutina (2 por año calendario)</li> <li>▪ Evaluación oral limitada (1 por año calendario)</li> <li>▪ Tratamiento con flúor (para dependientes menores de 19 años, 2 por año calendario)</li> <li>▪ Radiografías dentales (radiografías de boca completa o panorámicas una vez cada 3 años, a menos que TPA lo autorice por adelantado)</li> <li>▪ Radiografías aleta de mordida (bitewing) (2 por año calendario)</li> <li>▪ Mantenimiento de espacios para niños menores de 19 años (después de la pérdida de un molar primario o primer molar permanente; una por diente, cada 3 años)</li> <li>▪ Biopsias de tejidos orales</li> <li>▪ Selladores (una aplicación para niños menores de 19 años, un diente cada 3 años)</li> <li>▪ Pruebas de vitalidad de la pulpa (2 por año calendario)</li> <li>▪ Tratamiento paliativo de emergencia</li> </ul> <p>Vea “Lo que está cubierto” en la página 40 para obtener más información de los servicios cubiertos</p>	<p>El plan paga el 100%</p>	<p>Usted paga el 15%; el Plan paga el 85%</p>

Servicios provistos***	Dentro de la red (basados en el costo permisible)	Fuera de la red* (basados en el costo permisible)
<b>Servicios primarios**</b>		
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empastes (1 por diente en un período de 12 meses)</li> <li>▪ Endodoncia</li> <li>▪ Cirugía oral</li> <li>▪ Atención periodontal</li> <li>▪ Anestesia general cuando sea médicamente necesaria y administrada en conexión con una cirugía oral</li> <li>▪ Reparación de coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes y dentaduras postizas</li> </ul> <p>Vea “Lo que está cubierto” en la página 40 para obtener información sobre más servicios cubiertos</p>	<p>Usted paga el 20% después del deducible anual; el Plan paga el 80%</p>	<p>Usted paga el 35% después del deducible; el Plan paga el 65%</p>
<b>Servicios restaurativos mayores**</b>		
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coronas, incrustaciones y recubrimientos: colocación o reemplazo</li> <li>▪ Puentes (colocación o reemplazo)</li> <li>▪ Dentadura postiza (completa o parcial): colocación o reemplazo</li> <li>▪ Implantes dentales</li> </ul> <p>Vea “Lo que está cubierto” en la página 40 para obtener más información de los servicios cubiertos</p>	<p>Usted paga el 50% después del deducible anual; el plan paga el 50%</p>	<p>Usted paga el 65% después del deducible; el plan paga el 35%</p>

\* Los montos de coseguro están basados en el costo permisible, que se define como el monto que pagará el administrador de reclamos por cualquier servicio cubierto antes de cualquier coseguro aplicable. Los participantes deben pagar los montos que superan el costo permisible si usan proveedores no participantes además del coseguro apropiado, y este monto puede ser significativo.

\*\* Los beneficios de Smile for Health están disponibles para miembros con un diagnóstico de embarazo, enfermedades cardíacas, ataque cerebral, diabetes y enfermedades respiratorias.

\*\*\*En este listado se incluyen los servicios más comúnmente usados. Comuníquese con UCCI al 866-215-2354 para obtener detalles de cobertura y limitaciones de otros servicios o verlos en ‘My Dental Benefits’ (Mis beneficios dentales) de UCCI en [www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/](http://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/).

**Listado de beneficios de Enhanced Dental**

Característica del programa	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible anual</b> (Es aplicable a servicios primarios y a servicios restaurativos importantes)	\$50 por persona	
<b>Máximo anual</b> (Es aplicable a servicios diagnósticos y preventivos, servicios primarios, y a servicios restaurativos importantes)	\$2,000 por persona	
<b>Máximo de por vida para la ortodoncia</b>	\$1,000 por persona	

Servicios provistos***	Dentro de la red (basados en el costo permisible)	Fuera de la red* (basados en el costo permisible)
<b>Atención diagnóstica y preventiva**</b>		

Servicios provistos***	Dentro de la red (basados en el costo permisible)	Fuera de la red* (basados en el costo permisible)
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluaciones orales de rutina (2 por año calendario)</li> <li>▪ Evaluación oral limitada (1 por año calendario)</li> <li>▪ Tratamiento con flúor (para dependientes menores de 19 años, 2 por año calendario)</li> <li>▪ Radiografías dentales (radiografías de boca completa o panorámicas una vez cada 3 años, a menos que TPA lo autorice por adelantado)</li> <li>▪ Radiografías aleta de mordida (bitewing) (2 por año calendario)</li> <li>▪ Mantenimiento de espacios para niños menores de 19 años (después de la pérdida de un molar primario o primer molar permanente; una por diente, cada 3 años)</li> <li>▪ Biopsias de tejidos orales</li> <li>▪ Selladores (una aplicación para niños menores de 19 años, un diente cada 3 años)</li> <li>▪ Pruebas de vitalidad de la pulpa (2 por año calendario)</li> <li>▪ Tratamiento paliativo de emergencia</li> </ul> Vea “Lo que está cubierto” en la página 40 para obtener más información de los servicios cubiertos	El plan paga el 100%	Usted paga el 15%; el Plan paga el 85%

Servicios provistos***	Dentro de la red (basados en el costo permisible)	Fuera de la red* (basados en el costo permisible)
<b>Servicios primarios**</b>		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empastes (1 por diente en un período de 12 meses)</li> <li>▪ Endodoncia</li> <li>▪ Cirugía oral</li> <li>▪ Atención periodontal</li> <li>▪ Anestesia general, cuando sea médicamente necesaria y administrada en conexión con una cirugía oral</li> <li>▪ Reparación de coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes y dentaduras postizas</li> </ul> Vea “Lo que está cubierto” en la página 40 para obtener más información de los servicios cubiertos	Usted paga el 20% después del deducible anual; el plan paga el 80%	Usted paga el 35% después del deducible; el plan paga el 65%
<b>Servicios restaurativos mayores**</b>		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coronas, incrustaciones y recubrimientos: colocación o reemplazo</li> <li>▪ Puentes (colocación o reemplazo)</li> <li>▪ Dentadura postiza (completa o parcial): colocación o reemplazo</li> <li>▪ Implantes dentales</li> </ul> Vea “Lo que está cubierto” en la página 40 para obtener más información de los servicios cubiertos	Usted paga el 40% después del deducible anual; el plan paga el 60%	Usted paga el 55% después del deducible; el plan paga el 45%
<b>Ortodoncia</b>		
Tratamiento de ortodoncia	Usted paga el 50%; el Plan paga el 50% hasta alcanzar el máximo de por vida.	Usted paga el 50%; el Plan paga el 50% hasta alcanzar el máximo de por vida.

\* Los montos de coseguro están basados en el costo permisible, que se define como el monto que pagará el administrador de reclamos por cualquier servicio cubierto antes de cualquier coseguro aplicable. Los participantes deben pagar los montos que superan el costo permisible si usan proveedores no participantes además del coseguro apropiado, y este monto puede ser significativo.

\*\* Los beneficios de Smile for Health están disponibles para miembros con un diagnóstico de embarazo, enfermedades cardíacas, ataque cerebral, diabetes y enfermedades respiratorias.

\*\*\*En este listado se incluyen los servicios más comúnmente usados. Comuníquese con UCCI al 866-215-2354 para obtener detalles de cobertura y limitaciones de otros servicios o verlos en 'My Dental Benefits' (Mis beneficios dentales) de UCCI en [www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/](http://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/).

**Beneficios de Smile for Health®**

Descripción general*	Código ADA	Descripción del procedimiento	Detalles	Afección(es) médicas/dentales asociadas
<i>Atención diagnóstica y preventiva</i>	D1110	Profilaxis de rutina en adultos	1 limpieza adicional durante el embarazo	Nacimientos prematuros
<i>Servicios primarios</i>	D0415	Recolección de microorganismos para su cultivo y sensibilidad	1 de por vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Nacimientos prematuros</li> <li>▪ Enfermedad cardíaca</li> </ul>
	D0425	Pruebas de susceptibilidad de caries	1 de por vida	Prevención de caries
	D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	2 por 12 meses después de cirugía o terapia periodontales activas	Prevención de caries
	D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: 4 o más dientes por cuadrante	1 cada 24 meses por área de la boca	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Nacimientos prematuros</li> <li>▪ Enfermedad cardíaca</li> </ul>
	D4342	Raspado periodontal y alisado radicular: 1 a 3 dientes por cuadrante	1 cada 24 meses por área de la boca	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Nacimientos prematuros</li> <li>▪ Enfermedad cardíaca</li> </ul>
	D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación y diagnóstico completo	1 de por vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Nacimientos prematuros</li> <li>▪ Enfermedad cardíaca</li> </ul>
	D4910	Mantenimiento periodontal	2 en 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Nacimientos prematuros</li> <li>▪ Enfermedad cardíaca</li> </ul>

Descripción general*	Código ADA	Descripción del procedimiento	Detalles	Afección(es) médicas/dentales asociadas
	D7288	Biopsia con cepillo: recolección de muestra transepitelial	1 de por vida	Cáncer oral
<b>Servicios restaurativos mayores</b>	D4381	Aplicación localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de descarga controlada dentro de tejido crevicular enfermo, por diente	6 instancias cada 12 meses; sin importar la cantidad de dientes ni el área de la boca	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Nacimientos prematuros</li> <li>▪ Enfermedad cardíaca</li> </ul>

\* El nivel de cobertura indicado en la primera columna determina el monto que pagará United Concordia por el código ADA correspondiente/descripción de procedimiento que se muestra. Por favor consulte su listado de beneficios para ver los montos que paga el Plan.

## Cómo funciona la cobertura dental

Esta sección describe características importantes del Plan.

### *La red de proveedores*

Si usted está inscrito en ya sea Basic Dental o Enhanced Dental, tiene la libertad de elegir a cualquier dentista cuando necesite atención dental. El modo en el que se cubre esa atención y cuánto debe pagar usted de su bolsillo dependen de si el gasto está cubierto por el Plan y de si usted opta por un proveedor que pertenece la red de UCCI Advantage Plus o a un proveedor fuera de la red. Cuando usted usa a un proveedor de la red, el Plan paga al nivel más alto. Eso significa que usted paga menos de su bolsillo por la atención que recibe. Puede encontrar proveedores en la red UCCI Advantage Plus en <https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/>. También puede llamar al departamento de atención al cliente de UCCI al 866-215-2354 para que lo ayuden a encontrar a un proveedor dentro de la red en su área.

### *Costo permisible*

Los proveedores de la red han acordado cobrar como máximo el costo negociado o contratado por un servicio u suministro cubierto por el Plan. Usted no es responsable de los montos que superen el costo permisible cuando obtiene su atención de un proveedor de la red. Si no usa a un proveedor de la red, usted debe presentar los reclamos y es responsable de pagar los montos que superen el costo permisible además del coseguro apropiado. Este monto puede ser significativo.

### *Distribución del costo de la atención*

Usted comparte el costo de su atención dental pagando deducibles y coseguro. Si su atención dental durante un año calendario supera el máximo anual del Plan para los servicios cubiertos distintos a la ortodoncia, de ser aplicable, usted será responsable de pagar el costo que supera el máximo anual.



## Deducible anual

El deducible anual es la parte de sus gastos cubiertos que paga cada persona en cada año calendario por los servicios primarios y restaurativos mayores antes de que el Plan comience a pagar beneficios. El deducible anual no se aplica a la atención diagnóstica ni preventiva, ni a los tratamientos de ortodoncia. Los montos que exceden el cargo permitido no cuentan para su deducible anual.

## Coseguro

Una vez que usted cubre su deducible, el Plan comienza a pagar beneficios por sus gastos en cubiertos. El listado de beneficios muestra cómo comparten los costos usted y el Plan. Cuando el coseguro del Plan es de menos del 100%, usted paga el saldo. La parte que paga usted se llama coseguro.

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

## Máximo anual

El Plan establece un límite para el monto que paga en beneficios por una persona cubierta cada año calendario. Esto se llama el máximo anual. El máximo anual es aplicable a:

- Servicios diagnósticos y preventivos;
- Servicios primarios; y
- Servicios restaurativos mayores.

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

---

## *Determinación previa de beneficios*

Una determinación previa es una revisión hecha por el administrador dental antes del tratamiento para determinar la elegibilidad y cobertura para los servicios planeados, de conformidad con el listado de beneficios y los montos permitidos por el Plan. No se requiere una determinación previa para recibir un beneficio por cualquier servicio en virtud del Plan. Sin embargo, se recomienda obtener una determinación previa para los tratamientos extensos y costosos. Una determinación previa les provee a usted y a su dentista un estimado de su cobertura y cuánto deberá compartir usted del costo del tratamiento que se está considerando.

Para obtener una determinación previa de los servicios, usted y su dentista deben presentar un formulario de reclamo que muestre los procedimientos planeados pero sin indicar las fechas de servicio. Asegúrese de firmar la solicitud de determinación previa. El administrador dental puede solicitar materiales de verificación, tales como radiografías y gráficas periodontales, para estimar los beneficios. El administrador dental determinará los beneficios a pagar, tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones de la cuenta y las opciones de tratamiento alternativo basándose en estándares odontológicos aceptados. Usted y su proveedor, si participa en la red del administrador dental, recibirán una explicación de los beneficios estimados.

Cuando se presten los servicios, simplemente pídale a su dentista que llame al sistema interactivo de respuesta de voz del administrador dental al número de teléfono indicado al reverso de su tarjeta de ID, o inserte las fechas de servicio para los procedimientos completados en la notificación de determinación previa y vuelva a enviársela al administrador dental para que la procesen. Todo monto predeterminado

estimado depende de la continuación de la elegibilidad del paciente. El administrador dental también puede hacer ajustes en el momento del pago final para corregir cualquier error matemático, aplicar beneficios de coordinación, calcular los dólares máximos del programa en la fecha de servicio y cumplir con el plan vigente del miembro.

## Lo que está cubierto

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

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

### *Servicios diagnósticos y preventivos*

Cuidar los dientes puede prevenir problemas de salud graves más adelante. Con Basic Dental y Enhanced Dental, la atención dentro de la red para los servicios diagnósticos y preventivos elegibles están cubiertos al 100%. No es necesario que usted cubra su deducible antes de que el Plan pague beneficios.

### Cómo paga beneficios el Plan

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

\* No es necesario que usted cubra su deducible antes de que el Plan pague beneficios. El coseguro se basa en el costo permisible. Los participantes son responsables de los montos que superan el costo permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo.

### Servicios cubiertos

El Plan cubre servicios diagnósticos y preventivos, incluyendo:

- Máximo de dos evaluaciones orales de rutina por año calendario, incluyendo la profilaxis;
- Máximo de una evaluación oral limitada por año calendario;
- Aplicación tópica de flúor para dependientes menores de 19 años, dos veces por año;
- Una aplicación de selladores por diente cada tres años para los dependientes menores de 19 años;
- Radiografías, pero no más de:
  - Una serie panorámica de toda la boca cada período de tres años (a menos que se apruebe con anticipación); y

- Radiografías aleta de mordida (bitewing), dos veces por año;
- Mantenimiento de espacios para niños menores de 19 años, para evitar el movimiento de los dientes después de la pérdida de un molar primario o primer molar permanente, una por diente cada tres años;
- Biopsias de tejidos orales;
- Pruebas de vitalidad de la pulpa dos veces por año; y
- Tratamiento paliativo de emergencia para aliviar el dolor.

### **Servicios primarios**

La cobertura de servicios primarios, lo cual incluye empastes, endodoncia y cirugía oral, es igual bajo ambas opciones del Plan.

### **Cómo paga beneficios el Plan**

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

\* El coseguro se basa en el costo permisible. Los participantes son responsables de los montos que superan el costo permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo.

### **Servicios cubiertos**

El Plan cubre servicios primarios, incluyendo:

- Los empastes restaurativos fabricados con amalgama o materiales sintéticos del color del diente, uno por diente en un período de 12 meses;
- Endodoncia: tratamiento de pulpa dental y cámara pulpar, incluyendo tratamientos de conducto;
- Cirugía oral, incluyendo anestesia oral cuando sea médicamente necesaria;
- Servicios de periodoncia, incluyendo:
  - Gingivectomía y gingivoplastia;
  - Cirugía ósea, incluyendo entrada y cierre de colgajo;
  - Cirugía mucogingivoplástica; y
  - Manejo de infecciones y lesiones orales periodontales agudas;

- Cirugía oral, incluyendo anestesia local y atención postquirúrgica de rutina. Los procedimientos cubiertos incluyen de forma enunciativa y no limitativa:
  - Extracciones simples;
  - Remoción quirúrgica de dientes;
  - Extracción, drenaje o remoción de quistes, tumores y abscesos en la boca;
  - Apicectomías;
  - Hemisecciones;
  - Tratamiento de fracturas de la mandíbula; y
  - Alveoloplastia para preparar la cresta de la encía para una dentadura postiza; y
- Reparación de incrustaciones, recubrimientos, coronas, puentes y dentaduras postizas:
  - Reparación;
  - Recementación;
  - Nuevo recubrimiento;
  - Colocación de base nueva; y
  - Ajuste.

### ***Servicios restaurativos mayores***

La cobertura de servicios restaurativos mayores, lo cual incluye las coronas, los puentes y las dentaduras postizas, es igual bajo ambas opciones del Plan.

### **Cómo paga beneficios el Plan**

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

\* El coseguro se basa en el costo permisible. Los participantes son responsables de los montos que superan el costo permisible si usan proveedores no participantes, lo cual puede ser significativo.

### Servicios cubiertos

El plan cubre servicios restaurativos mayores, incluyendo:

- Incrustaciones, recubrimientos y coronas:
  - Colocación; y
  - Reemplazo;
- Puentes:
  - Colocación; y
  - Reemplazo (debe ser más de cinco años después de la colocación pero no más de una vez cada cinco años);
- Dentaduras postizas:
  - Colocación; y
  - Reemplazo de dentadura postiza completa; e
- Implantes.

Si estos servicios no están respaldados clínicamente, se pueden pagar al monto de la alternativa de menor nivel que el administrador dental determine apropiado.

---

### *Tratamiento de ortodoncia (solo Enhanced Dental)*

Los beneficios de ortodoncia cubren el enderezamiento de los dientes con aparatos dentales y otros métodos. La cobertura del tratamiento de ortodoncia está disponible solo a través de Enhanced Dental y los beneficios están limitados a un beneficio máximo de por vida.

### Cómo paga beneficios el Plan

Enhanced Dental	
<i>Ortodoncias</i>	Usted paga el 50%; el Plan paga el 50%
<i>Beneficio máximo de por vida</i>	\$1,000 por persona

Si el tratamiento de ortodoncia comenzó antes de la inscripción, la cobertura se prorratea en base al tratamiento restante. El proveedor debe presentar un reclamo nuevo usando la fecha de vigencia de la cobertura del miembro e incluir un plan de tratamiento de ortodoncia completo para que se pueda calcular el monto restante de trabajo de ortodoncia y el máximo prorrateado.

### Servicios cubiertos

La cobertura del tratamiento de ortodoncia incluye:

- Tratamiento de ortodoncia completo y limitado;
- Estabilización posterior al tratamiento;
- Terapia con aparatos fijos y removibles;
- Reemplazo de un retenedor perdido o roto; y
- Reparación de aparato de ortodoncia.

---

### ***Provisión de tratamientos alternativos***

Suele haber varias maneras de tratar una afección dental. Por ejemplo, un empaste o una corona pueden restaurar un diente, o un puente fijo o dentadura postiza parcial pueden reemplazar dientes faltantes. Se aplicará una disposición de beneficios alternativos (ABP, por su sigla en inglés) si una afección dental se puede tratar con un procedimiento profesionalmente aceptable que sea menos costoso que el tratamiento recomendado por el dentista. El Plan pagará por el procedimiento profesionalmente aceptable menos costoso. La ABP no lo obliga a aceptar el tratamiento menos costoso. Sin embargo, si usted y su dentista optan por el tratamiento más costoso, usted tendrá la responsabilidad de pagar los costos adicionales que superen los permitidos para el procedimiento menos costoso en virtud de la ABP.

---

### ***Beneficios de Smile for Health®***

El beneficio dental de maternidad de Smile for Health proporciona una limpieza dental y servicios periodontales adicionales a los miembros embarazados durante el embarazo. La atención oral adicional durante el embarazo ayuda a prevenir la enfermedad periodontal (de las encías), que aumenta el riesgo de que el bebé sea prematuro o nazca con bajo peso. También ayuda a controlar la gingivitis durante el embarazo.

El beneficio Smile for Health de Enhanced Dental optimiza su cobertura actual proporcionando servicios diagnósticos, preventivos y periodontales adicionales y aumentando el monto que pagará el Plan por estos servicios. Los servicios ofrecidos ayudan a tratar los trastornos periodontales, que se han conectado con la diabetes, las enfermedades cardíacas y las enfermedades respiratorias.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales de Smile for Health, vaya a [https://www.unitedconcordia.com/docs/SFH\\_Flyer.pdf](https://www.unitedconcordia.com/docs/SFH_Flyer.pdf)

### ***No lo olvide***

Si alguno de los procedimientos indicados anteriormente son pagaderos en virtud del Plan de salud de la UVA, no habrá cobertura disponible en virtud del Plan dental de la UVA.

---

## **Lo que no está cubierto**

El Plan dental no cubre todos los gastos dentales. Ciertos gastos están excluidos. La lista de gastos excluidos en esta sección es representativa, no completa. El hecho de que un tipo de tratamiento dental o un gasto no figure en esta lista no significa que dicho tratamiento o gasto esté cubierto.

Esta sección y “Lo que está cubierto” en la página 40 deben leerse juntas para obtener más información acerca de lo que cubre y no cubre el plan respecto de determinadas afecciones, procedimientos, servicios y suministros.

---

### ***Exclusiones generales***

El Plan **no** cubre los costos:

- De las consultas canceladas o perdidas;
- Por atención, tratamiento, servicios o suministros:
  - Ofrecidos por un proveedor sin licencia; o
  - Fuera del alcance de la licencia del proveedor.

- De la atención, el tratamiento, los servicios o suministros que no han sido recetados, recomendados ni aprobados por un médico o dentista;
- De completar el formulario de reclamos;
- De medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos que son experimentales o de investigación, excepto del modo descrito en “Lo que está cubierto” en la página 40;
- De los servicios y suministros que UCCI determina que no son necesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la enfermedad o lesión o afección, incluso si son recetados, recomendados o aprobados por un médico o dentista;
- Por servicios prestados por voluntarios o personas que normalmente no cobran por sus servicios;
- Por servicios y suministros prestados como parte de un tratamiento o atención no cubiertos por el Plan;
- Por servicios y suministros prestados en enfermerías de escuelas, universidades o campamentos;
- Por servicios facturados por un médico residente o interno;
- Por servicios, suministros, atención médica o tratamiento prestados por miembros de su familia directa (cónyuge, pareja de hecho, hijo o hija, hijastro o hijastra, hermano o hermana, pariente político, padre o madre o abuelo) o por personas que vivan con usted;
- Incurridos antes de la fecha de inicio o después de la fecha de finalización de la cobertura;
- Superiores al cargo reconocido por un suministro o servicio prestado por un proveedor fuera de la red;
- Superiores al cargo negociado por un suministro o servicio prestado por un proveedor dentro de la red;
- Superiores a los límites máximos anuales o vitalicios establecidos específicamente;
- Llevados a cabo solo porque usted tiene cobertura dental o por gastos que no está obligado legalmente a pagar, como por ejemplo:
  - Atención en instituciones de beneficencia que normalmente prestan servicios de forma gratuita; o
  - Atención en un hospital u otro centro que sea propiedad o esté gestionado por cualquier gobierno que normalmente preste servicios de forma gratuita;
- Relacionados con el empleo o el trabajo por cuenta propia. Esto incluye las lesiones que surgen de (o en el curso de) cualquier actividad remunerada o productiva, a menos que no haya otra fuente de cobertura o reembolso disponible para usted;
- Resultantes de un delito que usted cometa o intente cometer; y
- Por acceso preferente a los servicios dentales, tales como consultorios dentales de lujo (boutique) o personalizados.

---

### ***Exclusiones especiales***

Además, las siguientes exclusiones corresponden exclusivamente a los servicios dentales. No se pagará por los siguientes servicios dentales:

- Servicios gratuitos o de costo reducido provistos por una clínica dental o médica mantenida por el empleador del participante, una asociación de beneficios mutuos, un sindicato, un fideicomisario, o una persona o grupo similar;
- Costos relacionados con una malformación genética;
- Los costos de un paciente internado en un centro por un dentista que recibe pago de dicho centro para prestar tales servicios;
- Instrucción sobre cuidado dental personal, higiene dental y control del sarro;
- Exámenes para fines de empleo, obtención de licencia, seguro, escolares, deportivos, de adopción u otros fines que no son necesarios, y los gastos relacionados de los informes, incluyendo la presentación y preparación del informe; y
- Servicios no incluidos en “Lo que está cubierto” en la página 40.

---

## **Reclamos y apelaciones dentales de UCCI**

Al completarse el tratamiento, se debe presentar un formulario de reclamo a UCCI. En general, su dentista presentará un reclamo por su atención dentro de la red. Sin embargo, usted tiene la responsabilidad de asegurar que el reclamo se presente o, de ser necesario, de presentar un reclamo por la atención fuera de la red.

Esta sección describe los pasos para reclamar beneficios en virtud del Plan.

---

### ***Presentación de reclamos***

Si usted visita a un dentista participante de UCCI, el consultorio dental presentará los formularios de reclamo en nombre de usted y sus dependientes. UCCI pagará los beneficios cubiertos directamente al dentista participante. Tanto usted como el dentista serán notificados si el reclamo se deniega o reduce.

Si utiliza a un proveedor fuera de la red, debe presentar un reclamo para que le reembolsen los gastos contemplados dentro de la cobertura. Puede obtener un formulario de reclamo de UCCI llamando al número que figura al reverso de su tarjeta de ID, o visitando <https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/clients-corner/university-of-virginia/>. El formulario contiene instrucciones sobre cómo, cuándo y dónde presentar un reclamo.

No se demore en presentar un reclamo: El plazo de presentación es de 365 días a partir de la fecha en la que incurra el gasto contemplado en su cobertura. Los reclamos presentados más de un año después del plazo de vencimiento solo se aceptarán en caso de que usted haya estado incapacitado legalmente para hacerlo.

Puede presentar reclamos y apelaciones por sus propios medios o mediante un “representante autorizado”, una persona a quien usted autoriza por escrito para que actúe en su nombre. En un caso que requiera atención de urgencia, un profesional de la salud con conocimiento sobre su afección siempre puede actuar como su representante autorizado. El Plan también reconocerá una orden judicial que otorgue a una persona la autoridad para presentar reclamos en su nombre.



---

## ***Apelación de decisiones de beneficios adversas***

Una decisión de beneficio adversa es una denegación, reducción, terminación o falta de provisión de pago (total o parcial) por un beneficio, incluyendo una denegación basada en su elegibilidad de participar en el plan dental de su empleador. Si usted no está completamente satisfecho con la respuesta y decisión inicial del departamento de atención al cliente de UCCI, debe presentar esta inquietud para comenzar el proceso de apelación. Una apelación es una solicitud escrita de que se revise un reclamo adjudicado o un ítem relacionado. Para lograr que se revise una decisión de beneficios adversa, usted debe seguir los procedimientos de apelación a continuación.

### **Procedimiento de apelación**

De conformidad con el procedimiento de apelación, usted tiene derecho a un proceso de apelación de dos pasos. El plan debe proveerle una decisión escrita dentro de los 30 días calendario de la recepción de sus solicitudes escritas de apelación a cada nivel.

Para iniciar una apelación de nivel 1, usted o su representante autorizado deben enviar a UCCI una declaración escrita explicando por qué no están de acuerdo con la decisión. Envíelo por correo postal a UCCI Appeals, P.O. Box 69420, Harrisburg, PA 17110. Incluya en su solicitud toda la documentación, los registros o comentarios que en su opinión respalden su punto de vista. Usted debe presentar su apelación dentro de los 180 días siguientes a la fecha en la que fue notificado de la decisión de beneficios adversa. Esto se puede iniciar comunicándose con el departamento de atención al cliente de UCCI llamando al 866-215-2354. UCCI responderá a su solicitud de apelación por escrito dentro de los 30 días siguientes, a menos que le hayan notificado por escrito que necesitan tiempo adicional para completar la apelación.

Si usted está de acuerdo con la respuesta, se convierte en la decisión final y la apelación llega a su fin. Si usted no está de acuerdo con la respuesta a su apelación de nivel 1, puede pasar entonces al nivel 2. Usted debe solicitar la apelación de nivel 2 por escrito dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha en la que reciba la decisión de nivel 1. La apelación de nivel 2 es administrada por UCCI. Esto se puede iniciar comunicándose con el departamento de atención al cliente de UCCI llamando al 866-215-2354. Provea toda la documentación, los registros y los comentarios que respalden su punto de vista. UCCI le proporcionará una decisión escrita dentro de los 30 días siguientes al recibo de su solicitud de una apelación de nivel 2, a menos que le notifiquen por escrito que se necesita tiempo adicional para completar la apelación.

Si su reclamo sigue denegándose después de la apelación de nivel 2 porque se determina que el servicio no fue apropiado o es experimental o de investigación, usted puede presentar una solicitud escrita de revisión externa. Comuníquese con UCCI Appeals, P.O. Box 69420, Harrisburg, PA, 17110, dentro de los cuatro meses siguientes a la decisión de la apelación de nivel 2 para iniciar una revisión externa. UCCI presentará su archivo de apelaciones a la organización de revisión externa (ERO, por su sigla en inglés). La ERO revisará toda la información y los documentos que reciban y proveerán una notificación escrita de su decisión dentro de los 45 días siguientes a la fecha en la que la ERO reciba la solicitud de revisión externa.

---

## **Información administrativa**

En esta sección se incluye información sobre la administración del Plan que se presenta en esta descripción resumida del Plan. Aunque es posible que no necesite esta información para su participación diaria, son datos que podrían serle de utilidad de vez en cuando.

---

***Información sobre el Plan*****Nombre del plan**

Plan dental de la Universidad de Virginia (University of Virginia Dental Plan)

**Número de identificación de empleador (EIN)**

54-6001796

**Patrocinador del Plan**

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

**Tipo de Plan**

Plan de bienestar autofinanciado

**Año del Plan**

1 de enero al 31 de diciembre

**Administrador de reclamos dentales**

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

---

***Documentos del Plan***

Este es el documento oficial del Plan que gobierna el Plan, también conocido como Descripción resumida del Plan (este librito). Usted puede acceder a copias de este documento para su inspección en la oficina del patrocinador del Plan durante horario comercial. Usted (o su representante legal) pueden obtener una copia de estos documentos descargándolos del sitio web de recursos humanos de la Universidad en: <https://hr.virginia.edu/> o enviando una solicitud escrita al patrocinador del Plan, por un costo nominal.

---

***Interpretación de los roles de elegibilidad***

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

---

### ***Decisiones relacionadas con los reclamos***

La decisiones sobre los reclamos son tomadas por el administrador de reclamos dentales de conformidad con las disposiciones del Plan. El administrador de reclamos tiene completa autoridad para revisar reclamos de beneficios rechazados bajo el Plan. Esto incluye de forma enunciativa y no limitativa determinar si el tratamiento es o no es médicamente necesario. El administrador de reclamos dentales tiene autoridad suficiente para:

- Determinar si usted y sus dependientes cubiertos tienen derecho a recibir beneficios y en qué medida; e
- interpretar las disposiciones del Plan cuando surja alguna pregunta.

El administrador de reclamos dentales tiene derecho a seguir políticas, procedimientos , y normas e interpretaciones razonables del Plan con el fin de promover una administración ordenada y eficiente. El administrador de reclamos dentales no puede actuar de manera arbitraria ni caprichosa, ya que esto sería un abuso de su autoridad discrecional.

United Concordia Companies, Inc. (UCCI) es el administrador de reclamos dentales del Plan y tiene autoridad discrecional para revisar todos los reclamos rechazados de beneficios bajo el Plan.

La universidad es responsable de emitir informes y divulgaciones, lo cual incluye la redacción, distribución y el contenido final de lo siguiente:

- Descripciones resumidas del Plan
- Resumen de modificaciones importantes; y
- Listado de beneficios.

---

### ***Futuro del Plan***

Aunque la universidad espera continuar por tiempo indefinido con el Plan que se describe en este libro, necesariamente se reserva el derecho de interrumpirlo o implementar cambios en cualquier momento y por cualquier motivo, a su exclusivo criterio.

La universidad puede enmendar, modificar, revocar , o terminar el Plan en cualquier momento, ya que puede tomar estas decisiones a su exclusivo criterio. La decisión de la universidad de terminar o finalizar el Plan puede deberse a cambios en las leyes federales o estatales que rigen los beneficios para los empleados o los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Un cambio en el Plan puede transferir los activos y deudas del plan a otro plan, o dividir el plan en dos o más partes. Si la universidad cambia o termina el Plan, puede decidir establecer uno distinto que proporcione beneficios similares o diferentes.

Si el Plan se termina, ni los empleados activos ni los jubilados tendrán derecho a ningún otro beneficio del Plan terminado además de aquellos reclamos incurridos antes de la fecha de terminación o según lo dispuesto en los contratos individuales. Además, si el Plan se enmienda, todas las personas con cobertura (empleados activos, jubilados o dependientes) pueden estar sujetas a cambios en la cobertura y los beneficios.

La cantidad y la forma de cualquier beneficio final que usted reciba dependerán del documento del plan o las disposiciones contractuales que afecten los planes y las decisiones de la universidad. Después de que se hayan pagado todos los beneficios y se hayan cumplido otros requisitos legales, el resto de los activos del Plan se transferirán a la universidad.

---

## Privacidad de su información médica

**Esta notificación describe la forma en la que puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor léala con cuidado.**

---

### *Compromiso de privacidad del Plan de la Universidad de Virginia*

El Plan de salud de la Universidad de Virginia y el Plan dental de la Universidad de Virginia (de manera colectiva, “el plan”) se comprometen a proteger la privacidad de su información médica protegida (PHI). La información médica protegida, que en esta notificación se denomina “información médica”, es información que puede permitir su identificación y está relacionada con su salud física o mental, o con la prestación o el pago de servicios de salud para usted. El Plan crea, recibe y conserva su información médica cuando le proporciona beneficios médicos, dentales, de medicamentos de venta bajo receta y de cuentas flexibles de gastos médicos a usted y a sus dependientes elegibles. El Plan también se compromete a garantizarle ciertos derechos relacionados con su información médica.

Mediante esta notificación prácticas de privacidad (“Aviso”), el Plan le informa que tiene las siguientes obligaciones legales de conformidad con las disposiciones federales de privacidad de la salud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y las normativas relacionadas (“ley federal de privacidad de la salud”):

- mantener la privacidad de su información médica;
- proporcionarle esta notificación de las obligaciones legales y prácticas de privacidad del plan con respecto a su información médica;
- cumplir los términos de esta notificación actualmente vigente;
- notificarle las infracciones con respecto a su información médica según lo requiera la ley federal de privacidad de la salud o de otro tipo.

En esta notificación también se explica la forma en que el Plan usa y divulga su información médica y los derechos que tiene con respecto a la información médica sobre usted que el Plan conserva. Para los propósitos de esta notificación, “usted” o “su” se refiere a los participantes asegurados y los dependientes elegibles.

Esta notificación entró en vigencia inicialmente el 14 de abril de 2003, Esta notificación se modificó el 1 de enero de 2013, el 1 de septiembre de 2013, el 1 de enero de 2014, el 1 de enero de 2016, el 1 de enero de 2017, el 1 de enero de 2018, el 1 de enero de 2019, el 1 de enero de 2020, el 1 de enero de 2021 y el 1 de enero de 2022.

### Información sujeta a esta notificación

El Plan crea, recibe y conserva cierta información médica sobre usted para ayudar a proporcionarle beneficios médicos y cumplir los requisitos de la ley y las regulaciones. El Plan obtiene esta información médica, que podría usarse para identificarlo, de aplicaciones y otros formularios que usted completa, a través de las conversaciones que usted tiene con el personal administrativo del Plan y profesionales de la salud, y de informes y datos proporcionados al Plan por prestadores de servicios médicos, compañías aseguradoras y otros terceros. La información médica que el Plan conserva sobre usted incluye su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social e información sobre reclamos médicos y de salud. Esta es la información que está sujeta a las prácticas de privacidad de que se describen en esta notificación.

Esta notificación no es aplicable a la información médica generada, recibida o conservada por la Universidad de Virginia en nombre de los beneficios para empleados no relacionados con la salud que patrocina la Universidad, como por ejemplo, los beneficios por discapacidad y de seguro de vida. Tampoco es aplicable a la información médica que la Universidad de Virginia solicita, recibe y conserva sobre usted para propósitos de empleo, como por ejemplo, las pruebas de empleo o la determinación de su elegibilidad para beneficios por licencia médica o adaptaciones por discapacidad.

---

## ***Resumen de las prácticas de privacidad del Plan***

### **Usos y divulgaciones que hace el Plan de su información médica**

Por lo general, usted debe autorizar al Plan por escrito para que pueda usar o divulgar su información médica. Sin embargo, el Plan puede usar y divulgar su información médica sin su autorización para administrar el Plan y procesar reclamos. El Plan también puede usar y divulgar su información médica sin su autorización para otros propósitos permitidos por la ley federal de privacidad de la salud, tales como propósitos de salud y seguridad, cumplimiento de la ley o las emergencias. La información detallada sobre los usos y divulgaciones de su información médica que hace el Plan se describen a continuación.

### **Sus derechos relacionados con su información médica**

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

- Inspeccionar o hacer copias de su información médica;
- Solicitar enmiendas a su información médica;
- Solicitar que le notifiquen ciertas divulgaciones de su información de salud;
- Solicitar ciertas restricciones relacionadas con el uso y la divulgación de su información médica;
- Solicitar que le envíen su información médica usando métodos de comunicación confidenciales;
- Presentar una queja al Plan o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se han violado sus derechos de privacidad;
- Recibir una copia impresa de esta notificación.

Estos derechos y la forma en la que puede ejercerlos se explican en detalle a continuación.

### **Cambios en las prácticas de privacidad del Plan**

El Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y modificar esta notificación del modo descrito a continuación.

### **Información de contacto**

Si usted tiene preguntas o inquietudes con respecto a las prácticas de privacidad del Plan o sobre esta notificación, quiere obtener información adicional sobre estos, o desea presentar una queja, comuníquese con:

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

## Notificación detallada sobre las políticas de privacidad del Plan: Usos y divulgaciones del Plan

Excepto por lo que se describe en esta sección, lo dispuesto por la ley federal de privacidad de la salud, o de acuerdo con lo que usted haya autorizado, el plan solo usa y divulga su información médica para administrar Plan y procesar reclamos de salud. Los usos y divulgaciones que no requieren su autorización por escrito se describen a continuación.

### Usos y divulgaciones para el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica

- Por razones de tratamiento. El plan puede divulgar su información médica a un proveedor de atención médica, como un hospital o un médico, para asistirlo en su tratamiento.
- Por razones de pago. El Plan puede usar y divulgar su información médica sin su autorización de manera que sus reclamos por servicios de atención médica puedan pagarse de conformidad con los términos del Plan. Por ejemplo, el Plan puede usar y divulgar su información médica para determinar si ciertos servicios de atención médica para los que solicita cobertura tienen cobertura del Plan o para procesar sus reclamos de atención médica. El Plan también puede divulgar su información médica para coordinar el pago de su atención médica con otras personas que puedan ser responsables de ciertos costos.
- Para operaciones de atención médica. El Plan puede usar y divulgar su información médica sin su autorización para poder operar de manera eficiente y para el beneficio de sus participantes. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su información médica para propósitos de suscripción del seguro, planificación de negocios u honorarios de abogados que prestan servicios legales para el Plan. El Plan de salud no puede usar ni divulgar información médica protegida (PHI) que sea información genética para propósitos de suscripción del seguro, de conformidad con la Ley de no Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA).

### Usos y divulgaciones a socios comerciales

El Plan puede divulgar cierta información médica sobre usted sin su autorización a sus “socios comerciales”, que son terceros que asisten al Plan en su funcionamiento. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre sus reclamos con un socio comercial que le presta servicios de procesamiento de reclamos, y también puede divulgar su información médica a sus socios comerciales para fines de proyección actuarial y auditoría, así como servicios legales. El Plan celebra contratos con sus socios comerciales que requieren que se proteja la privacidad de su información médica.

### Usos y divulgaciones al patrocinador del Plan

El Plan puede divulgar su información médica, con o sin su autorización, al patrocinador del plan, que es la Universidad de Virginia, para propósitos de administración del plan, tales como llevar a cabo actividades de control de calidad, supervisión y auditorías. El patrocinador del Plan le garantizará a este que protegerá la privacidad de la información médica sobre usted y que enmendó los documentos del plan para reflejar su obligación de proteger la confidencialidad de dicha información.

### Otros usos y divulgaciones que pueden ocurrir sin su autorización

La ley federal de privacidad de la salud dispone usos o divulgaciones específicos de su información médica que el Plan puede hacer con o sin su autorización, algunos de los cuales se describen a continuación.

- Requeridos por la ley. El Plan puede usar y divulgar información médica de conformidad con requisitos legales. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su información médica para los siguientes

propósitos: procesos judiciales y administrativos de conformidad con un proceso y una autoridad legales; para notificar información relacionada con víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica, o para asistir a los funcionarios del orden público en sus tareas de aplicación de la ley.

- Salud y seguridad. Su información médica puede divulgarse para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o las de otras personas, de conformidad con las leyes aplicables. Su información médica también puede divulgarse para actividades de la salud pública, tales como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Funciones gubernamentales. Su información médica puede divulgarse al gobierno para funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades de inteligencia, seguridad nacional y la protección de funcionarios públicos. Su información médica también puede divulgarse a organismos de supervisión sanitaria que controlan el sistema de atención médica para auditorías, autorización de investigaciones y otras actividades de control.
- Miembros activos de las fuerzas armadas y veteranos. Su información médica puede usarse o divulgarse para cumplir con las leyes y los reglamentos relacionados con el servicio militar o asuntos de veteranos.
- Indemnización al trabajador. Su información médica puede usarse o divulgarse para cumplir con las leyes y los reglamentos relacionadas con los beneficios de indemnización al trabajador.
- Situaciones de emergencia. Su información médica puede usarse o divulgarse a un familiar o a amigo personal cercano involucrado en su cuidado en el caso de una emergencia, o a una entidad de asistencia para casos de catástrofe en el caso de que ocurra alguna.
- Familiares y amigos involucrados. Podemos divulgar información médica sobre usted a un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención médica o en el pago de esta, como por ejemplo el suscriptor de su plan de beneficios de salud, siempre que la información sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de un reclamo, podemos confirmar si el reclamo se recibió y se pagó. Usted tiene derecho a interrumpir o limitar este tipo de divulgación llamando sin cargo al servicio de atención para miembros al número que figura en su tarjeta de identificación. Para autorizar divulgaciones a un familiar u otra persona, llame sin cargo al número de servicios de atención para miembros que figura en su tarjeta de identificación para la divulgación de información por parte del tercero administrador, y a la oficina de privacidad al 434-924-4346 para la divulgación de información del Plan de salud de la UVA. Si usted fallece, el Plan puede divulgar su información médica a las personas involucradas en su cuidado o en el pago de la atención médica antes de su muerte si dicha información es relevante para la participación del individuo, a menos que usted le haya indicado lo contrario previamente al Plan.
- Representantes personales. Su información médica puede divulgarse a personas que usted ha autorizado para actuar en su nombre, o personas que tienen derecho de actuar en su nombre por estar emparentadas con usted. Los padres de menores y aquellas personas que tienen un poder para actuar en nombre de personas adultas son ejemplos de representantes personales.
- Información sobre los beneficios de tratamiento y relacionados con la salud. El Plan y sus socios comerciales pueden comunicarse con usted para proporcionarle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle, como por ejemplo, tratamiento, servicios y medicamentos alternativos.

- Investigación. En ciertas circunstancias, el Plan puede usar o divulgar su información médica para propósitos de investigación, siempre que se sigan los procedimientos requeridos por la ley para proteger la privacidad de los datos de investigación.
- Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, el Plan puede usar o divulgar su información médica a una organización encargada de la donación o la extracción de órganos para facilitar el trasplante de órganos o tejido donados.
- Personas fallecidas. La información médica de una persona fallecida puede divulgarse a peritos forenses, médicos forenses y directores de funerarias para que estos profesionales puedan llevar a cabo sus funciones.

### **Usos y divulgaciones para propósitos de mercadotecnia y recaudación de fondos**

El Plan no usa su información médica para propósitos de mercadotecnia ni recaudación de fondos, y tampoco vende su información médica protegida.

### **Cualquier otro uso y divulgación requieren su autorización escrita expresa**

Los usos y divulgaciones de su información médica distintos de los que se mencionan arriba o de los que la ley federal de privacidad de la salud permite se harán solamente con su expresa autorización escrita. También deberá proporcionar su autorización escrita expresa para la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda). Usted puede revocar esta autorización por escrito. Si lo hace, el Plan no usará ni divulgará su información médica permitida por la autorización revocada, excepto en la medida en la que haya actuado previamente de conformidad con autorización.

Una vez que su información médica se haya divulgado de conformidad con la autorización, es posible que las protecciones de la ley federal de privacidad de la salud ya no se apliquen a la información médica divulgada y que el receptor vuelva a divulgarla sin el conocimiento ni la autorización del Plan.

---

### ***Sus derechos relacionados con la información médica***

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica sobre usted que el Plan crea, recibe o conserva. Si le exigen presentar una solicitud por escrito relacionada con estos derechos, como se describe a continuación, debe hacerlo a:

Privacy Officer (Funcionario de privacidad)  
2420 Old Ivy Road  
P.O. Box 400127  
Charlottesville, VA 22904-4127

### **Derecho a inspeccionar y hacer copias de su información médica**

Usted tiene derecho a inspeccionar y hacer copias de información médica sobre usted que el plan pueda conservar. Esta incluye, entre otras cosas, información sobre su elegibilidad para el plan, sus coberturas y los registros de reclamos y de facturación.

Para inspeccionar y hacer copias de información médica sobre usted que el plan pueda conservar, presente una solicitud por escrito al funcionario de privacidad. El Plan podría cobrar una tarifa por el costo de hacer copias o enviar por correo la información médica solicitada. En circunstancias limitadas, el Plan puede rechazar su solicitud para inspeccionar y hacer copias de su información médica. Si esto ocurre, el Plan se lo informará por escrito. Además, en ciertas circunstancias, si le niegan el acceso a su información médica, puede solicitar una revisión del rechazo.



Si aprueban su solicitud, el Plan le proporcionará acceso a la información médica en la forma y el formato que usted solicite, si es fácilmente reproducible de tal forma y formato. De lo contrario, el acceso se otorgará en una forma y formato que ambos acuerden.

### **Derecho a solicitar enmiendas a su información médica**

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan enmiende su información médica si considera que es incorrecta o incompleta.

Para solicitar una enmienda, presente una solicitud escrita al funcionario de privacidad. Esta solicitud debe indicar las razones que la respaldan. El Plan puede denegar su solicitud si pidió enmendar información que:

- No fue creada por el Plan, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información médica sobre usted que el Plan conserva;
- No forma parte de la información médica que se le permite inspeccionar y copiar;
- Es correcta y completa.

El Plan le notificará por escrito si acepta o deniega la solicitud de enmienda a su información médica. Si el Plan la deniega, le explicará cómo hacer para continuar apelando la denegación de la enmienda.

### **Derecho a solicitar notificación detallada de las divulgaciones**

Usted tiene derecho a recibir una notificación detallada escrita de las divulgaciones, que es un listado de ciertas divulgaciones de su información médica que el plan hizo a otras personas. Por lo general, las siguientes divulgaciones no forman parte de la notificación detallada: divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003; divulgaciones para el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica; divulgaciones hechas o autorizadas por usted, y ciertas otras divulgaciones. La notificación detallada cubre hasta seis años anteriores a la fecha de la solicitud (pero no para las divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003).

Para solicitar una notificación detallada de las divulgaciones, presente una solicitud por escrito al director de privacidad. Si desea obtener una notificación detallada que abarque un periodo inferior a seis años, indíquelo en la solicitud. La primera notificación detallada que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para obtener más notificaciones detalladas en un periodo de 12 meses, el Plan puede cobrarle por el costo de proporcionárselas. No obstante, el Plan le indicará el costo antes de procesar la notificación detallada, de manera que usted pueda decidir si quiere retirar o modificar la solicitud antes de incurrir en cualquier gasto.

### **Derecho a solicitar restricciones**

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información médica que el Plan usa o divulga para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones sobre la información médica que el Plan divulga a las personas involucradas en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. El Plan no está obligado a aceptar su solicitud de dichas restricciones, y puede terminar este acuerdo en relación con las restricciones solicitadas.

Para solicitar restricciones, presente una solicitud escrita al funcionario de privacidad donde se explique la información que desea limitar y cómo o a quién desea que se apliquen los límites. El Plan le notificará por escrito si acepta o rechaza la solicitud de restricciones. Para restringir el acceso a su información

médica en línea por parte del suscriptor de su póliza de salud, comuníquese con el departamento de atención al cliente de UCCI al 1-866-215-2354.

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

Usted tiene derecho a solicitar que el Plan le comunique su información médica de manera confidencial por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Por ejemplo, puede pedirle al Plan que solamente se comunique con usted en su trabajo o por correo electrónico, o que le otorgue acceso a su información médica en una ubicación específica y razonable.

Para solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa, presente una solicitud por escrito al funcionario de privacidad. Su solicitud escrita debe indicar los motivos de su solicitud y los medios o la ubicación alternativos mediante los cuales le gustaría recibir su información médica. Si corresponde, la solicitud debe indicar que la divulgación de toda o parte de su información médica en comunicaciones no confidenciales podría ponerlo en peligro. El Plan admitirá las solicitudes razonables y lo notificará de manera adecuada.

### **Derecho a presentar una queja**

Si considera que se infringieron sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a presentar una queja al plan o el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si la queja es contra el Plan, debe presentarla por escrito al funcionario de privacidad que se menciona arriba.

No será víctima de represalias ni discriminación, ni se le negarán servicios, pagos, beneficios ni privilegios por presentar una queja al Plan o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

### **Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Para hacer este pedido, presente una solicitud por escrito al funcionario de privacidad que se menciona anteriormente.

### **Cambios en las políticas de privacidad del plan**

El Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y de poner otras nuevas en vigencia para toda la información médica protegida que conserve, incluso la información médica protegida sobre usted que se haya creado o recibido antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, y la información médica protegida que *pueda* recibir en el futuro. Si el Plan cambia de manera significativa alguna de las prácticas de privacidad de esta notificación, enmendará el documento y le proporcionará una notificación corregida en la próxima correspondencia anual. Además, se le proveerán copias de la notificación modificada si las solicita por escrito, y toda notificación modificada estará disponible en el sitio web del Plan, <https://hr.virginia.edu>.

---

## ***Información médica protegida***

En esta sección se describen los procedimientos administrativos que se utilizan para implementar el compromiso del Plan de salud de la Universidad de Virginia y el Plan dental de la Universidad de Virginia (de manera colectiva, “el plan”) con la privacidad de la información médica protegida.

## Sección 1.1 Uso y divulgación de la información médica protegida

El Plan usará la información médica protegida de conformidad con los usos y divulgaciones autorizados y en la medida permitida por la ley HIPAA, como se establece en sus disposiciones de privacidad.

Específicamente, el Plan usará y divulgará la información médica protegida para propósitos relacionados con el tratamiento, el pago y operaciones de atención médica.

- a. Las “operaciones de atención médica”, como se definen en el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (45 CFR § 164.501), en su forma enmendada, por lo general incluyen las siguientes actividades llevadas a cabo por el plan o en nombre de este:
  1. Control de calidad;
  2. Actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica, la elaboración de protocolos, el manejo de casos y la coordinación de la atención, el manejo de enfermedades o el contacto con proveedores de atención médica y pacientes con información sobre tratamientos alternativos y funciones relacionadas;
  3. Clasificación del desempeño del Plan y de los proveedores, que incluye actividades de acreditación, certificación, autorización verificación de credenciales u otras relacionadas;
  4. Suscripción del seguro, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro médico o beneficios de salud, y cesión, aseguramiento u otorgamiento de un contrato de reaseguro de riesgo en relación con los reclamos de atención médica (que incluye el seguro de exceso de siniestralidad y el seguro de exceso de pérdidas);
  5. Realización u organización de una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, que incluye detección de fraude y abuso, y programas de cumplimiento;
  6. Planificación y desarrollo de negocios, como la gestión de costos y análisis relacionados con la planificación en cuanto al manejo y el funcionamiento del Plan, que incluye el desarrollo y la administración de formularios, y el desarrollo o la mejora de métodos de pago o pólizas de cobertura;
  7. Administración de negocios y actividades administrativas generales del plan, que incluyen actividades administrativas relacionadas con la implementación y el cumplimiento de los requisitos de simplificación administrativa de la ley HIPAA; servicio al cliente, que incluye proporcionar análisis de datos para titulares de pólizas, patrocinadores del Plan u otros clientes; resolución de quejas formales internas; diligencias debidas en relación con la venta o transferencia de activos a un posible sucesor en interés, si este es una “entidad cubierta” dentro de la ley HIPAA o, después de completar la venta o transferencia, se convertirá en una entidad cubierta, y cualquier otra actividad que se considere una “operación de atención médica” de conformidad con el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales.
- b. Las “actividades de pago”, como se definen en el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (45 CFR § 164.501), y en sus enmiendas, generalmente incluyen actividades llevadas a cabo por el plan para obtener primas o determinar o cumplir su responsabilidad para la cobertura y la provisión de los beneficios del Plan que se relacionan con una persona a quien se le brinda atención médica. Estas actividades incluyen pero no se limitan a las siguientes:
  1. Determinación de la elegibilidad, cobertura y montos de costos compartidos (por ejemplo, el costo de un beneficio, los montos máximos del Plan y los copagos según lo determinado para el reclamo de una persona);

2. Coordinación de beneficios;
3. Adjudicación de reclamos de beneficios de salud (incluidas apelaciones y otras disputas de pagos);
4. Subrogación de reclamos de beneficios de salud;
5. Establecimiento de contribuciones de los empleados elegibles;
6. Ajuste de riesgos de montos adeudados con base en el estado de salud y las características demográficas del empleado elegible;
7. Facturación, actividades de cobro y procesamiento de datos de atención médica relacionados;
8. Administración de reclamos y procesamiento de datos de atención médica relacionados que incluye el pago de auditorías, la investigación y resolución de disputas de pagos, y la respuesta a consultas de los empleados elegibles con respecto a los pagos;
9. Obtención del pago mediante un contrato de reaseguro (que incluye el seguro de exceso de siniestralidad y el seguro de exceso de pérdidas);
10. Evaluaciones de la necesidad médica o de la pertinencia de la atención o justificación de los costos;
11. Evaluación de utilización, incluso la certificación y autorización previas, la evaluación concurrente y la evaluación retrospectiva;
12. Divulgación a agencias de informes crediticios relacionadas con el cobro de primas o el reembolso (se puede divulgar la siguiente información médica protegida para propósitos de pago: nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, antecedentes de pago, número de cuenta, y nombre y dirección del proveedor o del plan de salud);
13. Reembolsos al plan; y
14. Cualquier otra actividad que se considere de pago, de conformidad con el artículo 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales.

## Sección 1.2 Divulgaciones del Plan al empleador

El Plan:

- a. Puede divulgar Información médica resumida al empleador, si el empleador solicita la Información médica resumida para el propósito de : obtener ofertas de primas de los planes de salud para proporcionar cobertura de seguro de salud bajo el Plan; o para modificar, enmendar o finiquitar el Plan. Para los fines de esta sección, el término "Información de salud resumida" se define de conformidad con el artículo 164.504(a) del título 45 del Código Federal de Regulaciones, que generalmente significa información que puede ser información de salud que lo identifica individualmente, y:
  1. Que resume el historial de reclamos, los gastos de reclamos o el tipo de reclamos de los individuos para los que el empleador ha proporcionado beneficios de salud bajo un plan de salud grupal; y
  2. De los cuáles se ha eliminado la información descrita en el artículo 164.514(b)(2)(i) de los Reglamentos de Privacidad, excepto que la información geográfica descrita en el artículo 164.514(b)(2)(i)(B) de los Reglamentos de Privacidad solo deben agregarse al nivel de un código postal de cinco dígitos.

- b. Puede divulgar al empleador información que indica si un individuo está participando en el Plan o está inscrito o se ha retirado de un emisor de seguro de salud o organización de administración de la salud (HMO) ofrecidos por el Plan.
- c. Puede divulgar Información médica protegida al empleador para llevar a cabo funciones de administración del Plan que realiza el empleador, de conformidad con las disposiciones de las secciones 1.5 a 1.7 de este artículo.
- d. Con una autorización de la persona cubierta, puede divulgar Información médica protegida al empleador para propósitos relacionados con la administración de otros planes de beneficios para empleados y beneficios adicionales patrocinados por el empleador.
- e. No puede permitir que un emisor de seguro de salud u organización de administración de la salud divulguen Información médica protegida al empleador excepto en la medida permitida en esta sección.
- f. No puede divulgar (ni puede permitir que un emisor de seguro de salud o HMO divulgue) información médica protegida al empleador del modo permitido por esta sección, a menos que en la notificación de prácticas de privacidad del Plan se incluya una declaración indicando que el Plan (o un emisor de seguro de salud o HMO relacionados con el Plan) puede divulgar Información médica protegida al Empleador.
- g. No puede divulgar información médica protegida al empleador para el propósito de tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo ni en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados que ofrece el empleador.

### **Sección 1.3 Usos y divulgaciones del empleador**

El empleador solo puede usar y divulgar Información médica protegida del modo permitido y exigido por el Plan, como se expone en este artículo. Tales usos y divulgaciones permitidos no pueden ser contrarias a las disposiciones de HIPAA. El empleador puede usar y divulgar información médica protegida sin una autorización de una persona cubierta para llevar a cabo funciones administrativas del Plan, lo cual incluye las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Además, el empleador también puede usar y divulgar información médica protegida para lograr el propósito de toda divulgación hecha apropiadamente de conformidad con la sección 1.4.

### **Sección 1.4: Certificación**

El Plan puede divulgar Información médica protegida al empleador solo después de recibir una certificación del empleador indicando que los documentos del Plan han sido modificados para incorporar las disposiciones expuestas en esta sección y que el empleador acepta las disposiciones expuestas allí.

### **Sección 1.5: Condiciones aceptadas por el empleador**

El empleador acepta:

- a. No utilizar ni divulgar adicionalmente la información médica protegida salvo del modo permitido o exigido por el documento del Plan o exigido por la ley.
- b. Asegurar que todos los agentes, inclusive los subcontratistas, a quien el empleador proporcione información médica protegida recibida del Plan acepten las mismas restricciones y condiciones aplicables al empleador en relación con dicha información médica protegida, y que tales agentes y subcontratistas acepten implementar medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger toda información médica protegida electrónica que pertenezca al Plan y sea proporcionada por el empleador.

- c. No usar ni divulgar información médica protegida para implementar medidas y decisiones relacionadas con el empleo, a menos que un individuo le autorice hacerlo.
- d. No usar ni divulgar información médica protegida en conexión con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados del empleador, a menos que un individuo le autorice hacerlo.
- e. Informar al plan todo uso o divulgación de información médica protegida inconsistente con los usos o divulgaciones dispuestos por este artículo, o cualquier incidente de seguridad que se vuelva de su conocimiento.
- f. Poner la información médica protegida a disposición de un individuo, de conformidad con los requisitos de acceso de HIPAA en virtud del artículo 164.524, título 45 del Código Federal de Regulaciones.
- g. Permitir el acceso a la información médica protegida para hacer modificaciones e incorporar modificaciones a ella de conformidad con el artículo 164.526, título 45 del Código Federal de Regulaciones.
- h. Permitir acceso a la información necesaria para proporcionar un informe de divulgaciones, de conformidad con el artículo 164.528, título 45 del Código Federal de Regulaciones
- i. Permitir acceso a los usos internos, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la información médica protegida recibida del Plan al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para el propósito de determinar el cumplimiento de la ley HIPAA por parte del Plan.
- j. De ser posible, devolver o destruir toda la Información médica protegida recibida del Plan que el empleador aún tenga en cualquier formato, y no retener copia alguna de tal Información médica protegida cuando ya no es necesaria para el propósito de la divulgación que se hizo (o, si no es posible devolver o destruir la información, limitar su uso y la divulgación adicionales a los propósitos que hagan que la devolución o destrucción no sean posibles).
- k. Implementar protecciones administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y adecuadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información médica protegida electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan.
- l. Asegurar que la separación y los requisitos de las secciones 7.09, 7.10, y 7.11 del plan sean respaldados por medidas de seguridad razonables y adecuadas.

### **Sección 1.6: Separación adecuada entre el Plan y el empleador**

De conformidad con la ley HIPAA, solo los siguientes empleados o clases de empleado pueden tener acceso a la Información médica protegida: el equipo de servicio de UHR, analista financiero, administrador de beneficios del programa, gerente de bienestar, gerente de cumplimiento de recompensas totales (Total Rewards), mediador (ombudsman).

### **Sección 1.7: Limitaciones del acceso y la divulgación**

Las personas descritas en la sección 1.6 de este artículo solo pueden acceder a y utilizar y divulgar la información médica protegida para las funciones de administración del Plan que desempeña el empleador para el Plan.

### **Sección 1.8: Incumplimiento**

Si las personas o clases de personas descritas en la sección 1.6 de este artículo no cumplen con este documento del Plan, el Plan y el empleador proporcionarán un mecanismo para resolver los asuntos de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.

## Sección 1.9: Definiciones

Cuando se usa letra mayúscula para la letra inicial de una palabra o frase, el significado de tal palabra o frase será el siguiente:

- a. "Información médica protegida electrónica" o "EPHI", por sus siglas en inglés, significa "información médica protegida electrónica" según se define en el artículo 160.103, título 45 del Código Federal de Regulaciones, que en general significa información médica protegida que se transmite o guarda en medios digitales. Para estos fines, "medios digitales" significa: (i) medios de almacenamiento digital, incluso dispositivos de memoria en las computadoras (discos duros) y todo medio de memoria digital que se puede extraer/transportar, como una cinta magnética o discos, discos ópticos o tarjetas de memoria digital; o (ii) medios de transmisión usados para intercambiar información que ya se encuentra en medios de almacenamiento digital (p.ej., internet, extranet, líneas alquiladas, líneas dial-up, redes privadas y el movimiento físico de medios de almacenamiento digital que se puede extraer/transportar).
- b. «Reglamentos de privacidad» significa los reglamentos bajo las Normas de Privacidad para la Información Médica Individualmente Identificable (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information) (partes 160 y 164, título 45 del Código Federal de Regulaciones y sus enmiendas).
- c. "Información médica protegida" significa "información médica protegida", como se define en el artículo 160.103, título 45 del Código Federal de Regulaciones, que en general significa información (incluyendo información demográfica) que (i) identifica a un individuo (o en relación a la cual existen fundamentos razonables para creer que la información puede utilizarse para identificar a un individuo), (ii) es creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud o un centro distribuidor de información de atención médica, y (iii) está relacionada con la salud o afección física o mental pasadas, presentes o futuras de un individuo; la prestación de servicios de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios médicos a un individuo. Para los fines de este Plan, la Información médica protegida solo incluirá información relacionada con una característica de los beneficios: (1) que proporciona beneficios de atención médica (incluyendo cobertura médica, dental, de la vista, de atención de largo plazo o de otro tipo que afecta cualquier estructura del cuerpo) que esté sujeta a los reglamentos de privacidad; y (2) que está asegurada o no asegurada y proporciona Información médica protegida a la Compañía o al empleador.
- d. «Incidente de seguridad» significa un «incidente de seguridad» como se define en el artículo 164.304, título 45 del Código Federal de Regulaciones; que, en general, significa el intento de acceso, uso, divulgación, modificación o destrucción no autorizados de información o su logro o la interferencia con las operaciones del sistema en un sistema informático.
- e. «Reglamentos de seguridad» significa los reglamentos bajo las Normas de Seguridad para la Protección de Información Médica Protegida Electrónica (Security Standards for the Protection of Electronic Protected Health Information) (partes 160 y 164, título 45 del Código Federal de Regulaciones y sus enmiendas).

