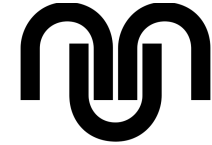


# United Food & Commercial Workers Unions and Food Employers Benefit Fund

6425 Katella Avenue, Cypress, California 90630-5238  
P.O. Box 6010, Cypress, California 90630-0010  
714-220-2297 • 562-408-2715 • 877-284-2320



## TABLA DE BENEFICIOS DEL PLAN PLATINUM PLUS B — EFECTIVOS 1 ENERO 2011

Beneficios para Empleados en el Plan B contratados antes del 4 de octubre de 2004.

### Beneficios Médicos

<b>EL PLAN MÉDICO INDEMNITY PPO</b>			
<b>CUENTA DE REEMBOLSO PARA LA SALUD (Health Reimbursement Account — HRA)</b> SE USARÁ SOLAMENTE PARA COPAGOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y PARA AQUELLOS MONTOS DEDUCIBLES Y DE COSEGURO DEL/DE LA PARTICIPANTE CUBIERTOS POR EL PLAN MÉDICO, CON EXCLUSIÓN DE MULTAS Y DESINCENTIVOS.			
Fondos por año calendario	\$525 para empleado/a solamente, \$925 para empleado/a con dependientes. Los fondos no utilizados pasan al año siguiente.		
Incentivo por año calendario del Cuestionario sobre riesgos de salud (HRQ)	\$200 para empleado/a solamente; \$250 para empleado/a y cónyuge/pareja doméstica. Es obligatorio completar el Cuestionario HRQ. Los fondos no utilizados pasan al año siguiente.		
<b>Beneficios Del Plan Médico Indemnity PPO (LOS FONDOS DE LA CUENTA HRA SE PUEDEN USAR PARA PAGAR MONTOS DEDUCIBLES Y DE COSEGURO DEL/DE LA PARTICIPANTE PARA GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS; DICHS FONDOS NO PUEDEN USARSE PARA PAGAR CARGOS POR ENCIMA DE LOS USUALES, ACOSTUMBRADOS Y RAZONABLES — UCR.)</b>			
	<b>DENTRO DE LA RED (PPO)</b>	<b>FUERA DEL ÁREA</b>	<b>FUERA DE LA RED (NO PPO)</b>
<b>Máximo de por vida</b>	\$2 millones por persona; no incluye beneficios pagados por recetas y servicios para la vista, dentales y de ortodoncia, o pagados de la Cuenta HRA.		
<b>Cargos cubiertos</b>	Tasa contratada dentro de la red para la red aplicable (Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO, HMC/APS o PPOC).	Cargos UCR Cada participante es responsable de pagar cargos en exceso de los montos UCR que no se pueden pagar de la Cuenta HRA.	Cargos UCR Cada participante es responsables de pagar cargos en exceso de los montos UCR que no se pueden pagar de la Cuenta HRA.
<b>Deducible anual</b>	\$1,000 por persona, \$2,000 por familia.		\$1,200 por persona, \$2,400 por familia.
<b>Máximo anual pagado de su bolsillo</b>	\$2,000 por persona, \$4,000 por familia.		\$10,000 por persona, \$20,000 por familia.
<b>Coaseguro del Plan</b>	75%	75%	50%
<b>Coaseguro de participante</b>	25%	25%	50%
<b>Atención preventiva</b>	No hay deducible; el Plan paga el 100%.		Después del deducible, el Plan paga el 50%.
Servicios cubiertos	Ver Normas de Atención Preventiva del Plan para obtener la lista de servicios cubiertos.		
Limitaciones	Ver Normas de Atención Preventiva del Plan para edad y frecuencia.		
<b>Atención de emergencia</b>	Después del deducible, el Plan paga el 75%.		
Servicios cubiertos	Sala de emergencia, instalación de atención urgente, ambulancia.		
<b>Beneficio adicional por accidentes</b>	\$500 por servicios cubiertos recibidos dentro de los 90 días después del accidente. Antes de usar fondos disponibles de la Cuenta HRA, el Plan usará el beneficio por accidentes para reembolsar montos deducibles o gastos pagados de su bolsillo.		
<b>Acupuntura/Quiropráctico</b>	Después del deducible, el Plan paga el 75% de lo indicado en la lista de montos autorizados, hasta \$1,000 por año calendario.		
Servicios cubiertos	Visitas al consultorio, manipulaciones, modalidades, rayos x, servicios de laboratorio y referencias del quiropráctico.		
Limitaciones	Solamente se cubren los servicios incluidos en la lista de montos autorizados ( <i>Schedule of Allowances</i> ).		

## PLAN B PLATINUM PLUS – Beneficios para Empleados en el Plan B contratados antes del 4 de octubre de 2004.

<b>Beneficios Del Plan Médico Indemnity PPO (LOS FONDOS DE LA CUENTA HRA SE PUEDEN USAR PARA PAGAR MONTOS DEDUCIBLES Y DE COSEGURO DEL/DE LA PARTICIPANTE PARA GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS; DICHS FONDOS NO PUEDEN USARSE PARA PAGAR CARGOS POR ENCIMA DE LOS USUALES, ACOSTUMBRADOS Y RAZONABLES — UCR.)</b>			
	<b>DENTRO DE LA RED (PPO)</b>	<b>FUERA DEL ÁREA</b>	<b>FUERA DE LA RED (NO PPO)</b>
<b>Servicios de hospital</b>	<b>Después del deducible, el Plan paga el 75%.</b>		<b>Después del deducible, el Plan paga el 50%.</b>
Servicios cubiertos	Servicios para pacientes internados. Instalación de enfermería avanzada. (beneficio de cuarto y alimentación en una instalación no PPO o fuera del área de servicio se limita al 50% de la cantidad cobrada por un cuarto semi-privado en el hospital del cual el/la paciente recibió la orden de salida). Centro alternativo para dar a luz. Cirugía de paciente externo.		
Pre-certificación	Procesada automáticamente por el proveedor.	Reducción del 20% por falta de cumplimiento. No puede pagarse con fondos de la Cuenta HRA.	Reducción del 20% por falta de cumplimiento. No puede pagarse con fondos de la Cuenta HRA.
<b>Servicios profesionales</b>	<b>Después del deducible, el Plan paga el 75%.</b>		<b>Después del deducible, el Plan paga el 50%.</b>
Servicios cubiertos	Consultas médicas en consultorio médico/hogar/hospital. Cirujano. Asistente de cirujano. Anestesiólogo. Médico de respaldo. Partera. Quimioterapia y radiación. Terapia física, del habla o de respiración. Rehabilitación cardíaca o pulmonar. Atención de salud en el hogar; Administración del caso. Transplante de órgano. Hemodiálisis. Mastectomía o reconstrucción del seno. Servicios de enfermera registrada o de enfermería en el hogar. Ortóptica. Laboratorio y rayos x.		
Limitaciones	El beneficio por trastorno temporomandibular ( <i>TMJ</i> ) se limita a un máximo de \$2,100 por período de discapacidad para instalaciones no PPO. Servicios de enfermera registrada o de enfermería en el hogar limitados a un máximo de por vida de \$525,000 por persona.		
<b>Otros servicios</b>	<b>Después del deducible, el Plan paga el 75%.</b>		<b>Después del deducible, el Plan paga el 50%.</b>
Planificación familiar	Todos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA, con exclusión de anticonceptivos orales. No hay beneficios por otros medicamentos o dispositivos durante el período efectivo cuando hay un tipo en uso.		
Suministros y equipos médicos, medicamentos (excepto medicamentos para pacientes externos)	Los equipos y suministros médicos, tales como equipos médicos duraderos, oxígeno y su administración, sangre y productos sanguíneos y su administración, prótesis médicas, entablillados, enyesados, muletas y otros suministros, quimioterapia, radiación, antígenos, medicamentos de infusión y medicamentos inyectables (excepto insulina, la cual está cubierta como otros medicamentos recetados).		
Limitaciones	Monitor de glucosa en el hogar — un dispositivo cada dos años. Prótesis para mastectomía — máximo anual de \$235; Zapatos ortopédicos — máximo anual de \$235; Suministros para colostomía — máximo anual de \$945; Ortótica — máximo anual de \$160; Dispositivos para la audición — máximo anual de \$475 por un dispositivo, o máximo de \$785 para dos dispositivos durante cualquier período de tres años. Dispositivos de ayuda para la salud — máximo anual de \$120.		
<b>Servicios de podiatría</b>	<b>Después del deducible, el Plan paga el 75%.</b>		<b>NO ESTÁN CUBIERTOS.</b>
Limitaciones	Los servicios deben estar autorizados por el Plan de Podiatría de California ( <i>PPOC</i> ) y administrados por proveedores participantes de PPOC.		Llame al PPOC si necesita atención de podiatría al número 800-367-7762.
Servicios cubiertos	Consultas médicas en consultorio/hogar/hospital. Cirujano.		
<b>Servicios EMAP</b>	<b>Después del deducible, el Plan paga el 75%.</b>		<b>NO ESTÁN CUBIERTOS.</b>
Limitaciones	Los servicios deben haber sido autorizados por HMC/APS y administrados por proveedores participantes de HMC/APS.		Llame al programa HMC/APS si necesita servicios EMAP al número 800-461-9179.
Paciente internado por salud mental	Máximo de 60 días de atención recibida como paciente internado por año calendario, hasta un máximo de 120 días de por vida.		
Paciente externo por salud mental	Máximo de 30 consultas por año calendario combinado con servicios por dependencia química para pacientes externos.		
Paciente internado por dependencia química	Máximo de \$25,000 de por vida por persona combinado con servicios de dependencia química para pacientes externos.		
Paciente externo por dependencia química	Máximo de 30 consultas por año calendario combinado con servicios de salud mental para pacientes externos. Máximo de por vida de \$25,000 por persona combinado con servicios de dependencia química para pacientes internados.		

## PLAN B PLATINUM PLUS – Beneficios para Empleados en el Plan B contratados antes del 4 de octubre de 2004.

PLAN MÉDICO HMO*		
Beneficios Del Plan Médico HMO (Participantes en un HMO no son elegibles para recibir contribuciones anuales a sus Cuentas HRA o HRQ.)		
	KAISER	PACIFICARE
Máximo de por vida	Ninguno.	Ninguno.
Cargos cubiertos	Solamente los servicios recibidos por un proveedor del HMO son cubiertos, excepto en caso de una emergencia.	
Deducible anual	Ninguno.	Ninguno.
Máximo anual pagado de su bolsillo	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia.	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia.
Visitas al consultorio /Servicios profesionales	Copago de \$25 por consulta.	Copago de \$25 por consulta.
Visitas a la sala de emergencia	Copago de \$100 por visita.	Copago de \$100 por visita.
Servicios de hospital	Copago de \$250 por admission.	Copago de \$250 por admission.
Otros servicios	Planificación familiar, atención preventiva, atención de podiatría, suministros y equipos médicos, y dispositivos para la audición se proporcionan a través del HMO.	
Medicamentos inyectables (excepto insulina)	Proporcionados por el HMO. Si no son cubiertos por el HMO, el Fondo pagará el 75%. Después de completar el máximo anual pagado de su bolsillo de \$2,500 por persona, por año calendario, se pagará el 100%.	
Acupuntura/Quiropráctico	Después del copago de \$25 por consulta, el Plan paga el 100% de lo indicado en la lista de montos autorizados ( <i>Schedule of Allowances</i> ) o el 75% de lo indicado en la lista de montos autorizados por rayos x o servicios de laboratorio. Solamente se cubren los servicios incluidos en la lista de montos autorizados. Hay un máximo anual pagado de su bolsillo de \$1,000 combinando todos los servicios.	
Salud mental y dependencia química	Proporcionados por Kaiser.	<p>Proporcionados por EMAP y administrados por HMC/APS.</p> <p>Visitas como paciente externo: después del copago de \$25 (\$12.50 por sesiones en grupo) el plan paga el 100% de las tarifas contratadas por HMC/APS, hasta un máximo de 30 consultas por año calendario.</p> <p>Servicios para paciente internado: después del copago de \$250 por admisión, el plan paga el 75% de las tarifas contratadas por HMC/APS. Después de que cubra el máximo anual pagado de su bolsillo de \$2,500, el plan paga el 100%. Para salud mental hay un máximo de 60 días por año calendario (120 días de por vida).</p> <p>Para tratamiento de dependencia química hay un máximo de \$25,000 de por vida (servicios como paciente internado y paciente externo serán combinados).</p> <p>El tratamiento de las enfermedades AB88 es cubierto como para cualquier otra enfermedad y los límites en los días o las consultas no se aplican.</p>

\*Consulte los folletos de cada HMO para obtener mas detalles acerca de su cobertura.

## PLAN B PLATINUM PLUS – Beneficios para Empleados en el Plan B contratados antes del 4 de octubre de 2004.

### Cobertura Para La Vista\*

Exámenes y materiales	Hasta \$125 por persona por año calendario.
-----------------------	---

\*Los fondos de la Cuenta HRA del Plan Médico Indemnity PPO no pueden usarse para pagar gastos de la vista.

### Medicamentos Recetados\*

	Días máximos de suministro	
	Suministro de 30 días por receta	Suministro de 90 días por receta
Deducible anual	Ninguno.	
Farmacias disponibles	Cualquier farmacia participante en la red de UFCW.	Servicios de entrega en el hogar de <i>Prescription Solutions</i> o una farmacia de la red**.
Formulario genérico	Copago de \$10.	Copago de \$20.
Formulario de marca	Copago de \$25.	Copago de \$50.
Medicamentos fuera de formulario	Copago de \$40.	Copago de \$80.
Clases terapéuticas especiales	Por medicamentos de mantenimiento para el tratamiento de las siguientes condiciones: hipertensión, colesterol alto, medicamentos para controlar la diabetes (inclusive suministros relacionados), asma (inclusive suministros relacionados), osteoporosis, glaucoma, usted tendrá los siguientes copagos reducidos:	
Formulario genérico	Copago de \$7 por medicamentos de mantenimiento.	Copago de \$14 por medicamentos de mantenimiento.
Formulario de marca	Copago de \$15 por medicamentos de mantenimiento.	Copago de \$30 por medicamentos de mantenimiento.
Medicamentos fuera de formulario	Copago de \$25 por medicamentos de mantenimiento.	Copago de \$50 por medicamentos de mantenimiento.
Reclamos presentados por participantes	Disponibles solamente para emergencias y usuarios fuera del área. El precio de compra o el AWP, de los dos el menor, menos el copago aplicable. Los montos en exceso del AWP no pueden pagarse con fondos de la cuenta HRA.	

\* Los fondos de la Cuenta HRA del Plan Médico Indemnity PPO sólo pueden usarse para copagos.

\*\* Si usted tiene una receta para un medicamento de mantenimiento, puede también comprarlo en su farmacia local de la red que se haya unido al programa de mantenimiento de 90 días. Verifique si su farmacia participa en este programa.

**PLAN B PLATINUM PLUS – Beneficios para Empleados en el Plan B contratados antes del 4 de octubre de 2004.**

**Cobertura Dental\***

	<b>Indemnity</b>	<b>Clínicas pre-pagadas</b>
Deducible anual	\$50 por persona, \$150 por familia; eliminado para procedimientos preventivos y de diagnóstico.	Ninguno.
Beneficio máximo anual	\$1,250 por persona.	Ninguno.
Definición de la lista de montos autorizados ( <i>Schedule of Allowances</i> )	Una lista de los servicios cubiertos bajo los programas Dental Indemnity y Dental Prepaid. Los servicios no incluidos en la lista no están cubiertos; los participantes son responsables por el costo de dichos servicios.	
Pago del Plan	Preventivo y de diagnóstico: el 100% de lo indicado en la lista de montos autorizados. Restaurativo básico: el 80% de lo indicado en la lista de montos autorizados. Restaurativo extenso: el 70% de lo indicado en la lista de montos autorizados.	El 100% después de los copagos de participante obligatorios. Copagos: corona/puente parcial \$75; prostodoncia \$100; endodoncia anterior \$45, bicúspide \$90, molar \$125. Cada participante es responsable de pagar servicios no incluidos en la lista de montos autorizados.

\* Los fondos de la Cuenta HRA del Plan Médico Indemnity PPO no pueden usarse para pagar gastos dentales.

**Ortodoncia\***

	<b>Indemnity</b>	<b>Programa Panel</b>
Pago del Plan	El 75% del monto UCR.	El 100% de la tasa negociada.
Beneficio máximo	\$1,500 de por vida por persona.	\$1,500 de por vida por persona.
Responsabilidad del participante	El saldo del honorario del proveedor después del pago del Plan.	\$1,200 por persona**.

\* Los fondos de la Cuenta HRA del Plan Médico Indemnity PPO no pueden usarse para pagar gastos de ortodoncia.

\*\* Los pacientes que obtienen servicios a través de un ortodoncista del Programa Panel son también responsables de pagar: el exceso del costo de los registros de diagnóstico especiales, de acuerdo con lo permitido por el Plan, la pérdida o la ruptura de dispositivos dentales, la pérdida de citas o su cancelación sin dar 24 horas de aviso, el costo de tratamientos obtenidos en otro sitio si el/la paciente no coopera con el ortodoncista del Programa Panel y el costo de tratamientos que se extienden por más de 30 meses debido a la falta de cooperación con el ortodoncista del Programa Panel.

**Información Para Comunicaciones Con Los Planes**

Anthem Blue Cross	800-688-3828	HMC/APS (EMAP)	800-461-9179
Kaiser HMO	800-464-4000	Prescription Solutions	800-797-9791
Pacificare HMO	800-624-8822	Prescription Solutions Home Delivery Service	800-562-6223
PPOC (Plan de podiatría)	800-367-7762	UFCW Benefit Fund	714-220-2297, 562-408-2715, o 877-284-2320

**PLAN B PLATINUM PLUS – Beneficios para Empleados en el Plan B contratados antes del 4 de octubre de 2004.**

**Beneficio Por Muerte**

BENEFICIO POR MUERTE DEL/DE LA EMPLEADO/A	BENEFICIO POR MUERTE DE DEPENDIENTE	GASTOS DE ENTIERRO**
\$11,250 – \$22,500 según los años* de servicio, como sigue: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasta 6 años \$11,250</li> <li>▪ 6 pero menos de 7 años \$13,500</li> <li>▪ 7 pero menos de 8 años \$15,750</li> <li>▪ 8 pero menos de 9 años \$18,000</li> <li>▪ 9 pero menos de 10 años \$20,250</li> <li>▪ 10 años o más \$22,500</li> </ul>	\$3,000	\$2,250 (SÓLO DEL/DE LA EMPLEADO/A)

\*Años de servicio sin interrupción en el servicio (*Break in Service —BIS*) de 12 meses consecutivos o más sin trabajo en Empleo con Cobertura. Una interrupción de servicio (*BIS*) dará como resultado la pérdida de todos los años de servicio anteriores. Comuníquese con las Oficinas del Fondo para obtener información sobre las ausencias con excusa que suspenden una BIS.

\*\*Si no hay beneficiario/a elegible, en vez de pagar el Beneficio por Muerte, el Fondo reembolsará a la persona que presente comprobante del pago de los gastos de entierro del/de la Empleado/a elegible el monto de tales gastos, hasta el máximo del Beneficio por Gastos de Entierro. Los Gastos de Entierro elegibles incluyen los gastos de la casa funeraria, embalsamamiento u otros preparativos para el entierro; el transporte al sitio de la sepultura; la compra del sitio para la sepultura; los costos del entierro; flores para el servicio de entierro; y el costo de los servicios religiosos. Los costos de entierro pagados antes de la necesidad por el/la empleado/a elegible no están incluidos en la definición de Gastos de Entierro elegibles.

**Porcentajes por muerte y desmembramiento accidental** si la lesión corporal ocurre solamente debido a medios externos, violentos y accidentales, y ocasiona cualquiera de las pérdidas siguientes dentro de los 90 días después de la fecha del accidente que causó la pérdida.

Un miembro (vista, mano o pie)	50%
Dos o más miembros, o la pérdida de la vida	100%

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Las siguientes exclusiones y limitaciones se aplican a los beneficios médicos, EMAP, para la vista y medicamentos recetados. Además, cada cobertura tiene exclusiones y limitaciones específicas.

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

El Fondo de Beneficios no paga beneficios por lo siguiente:

- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios
- Servicios, suministros, procedimientos, tratamientos o medicamentos que son experimentales o de investigación
- Gastos directamente relacionados con un procedimiento, servicio, tratamiento, suministro o medicamento no cubierto
- Servicios prestados por un pariente inmediato de un/a Participante elegible o por miembros del hogar de un/a Participante, excepto los gastos cubiertos que sean gastos pagados del bolsillo a los proveedores. (El término "pariente inmediato" significa cónyuge, hijo/a, padre, madre, hermano/a, padre/madre del/de la cónyuge actual o abuelo/a)
- Condiciones cubiertas por el Seguro de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation*) u ocasionados por o durante cualquier empleo o auto-empleo
- Lesiones causadas por cualquier forma de guerra o invasión o mientras estuviera en el servicio activo de las fuerzas armadas
- Cargos incurridos mientras la cobertura del/de la paciente no estuviera vigente
- Servicios o suministros por lo cuales no hay cargo o responsabilidad de pagar
- Servicios o suministros provistos por o para el gobierno de los Estados Unidos o cualquier otro gobierno, a menos que el pago sea legalmente obligatorio
- Cualquier parte de los gastos provistos bajo cualquier programa gubernamental o ley conforme a la cual la persona está o podría estar cubierta
- Cualquier servicio o suministro provisto por un hospital o instalación administrada por el gobierno federal u otra agencia autorizada, o por cuenta de tal agencia o instalación, excepto según lo ordene la ley federal
- Cargos en exceso de los Cargos Cubiertos (por ejemplo, cargos que excedan lo indicado en la lista de montos autorizados del Plan o los límites usuales, acostumbrados y razonables (*Usual, Customary and Reasonable —UCR*))
- Reclamos presentados más de un año después de la fecha en que se incurrió el Cargo Cubierto

Los Beneficios por Responsabilidad de Terceros deben asignarse al Fondo, pero no hasta exceder el monto pagadero por el Fondo.

### EL PLAN MÉDICO PPO INDEMNITY

Además de las EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES, el Plan Médico PPO Indemnity no paga lo siguiente:

- Servicios o suministros no recetados, recomendados o aprobados por un/a médico/a.
- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión, a menos que esté específicamente cubierto por el Plan, tales como beneficios por medicamentos preventivos y procedimientos de esterilización
- Tratamiento de la infertilidad, excepto el examen inicial y servicios diagnósticos
- Servicios para revertir la infertilidad voluntaria quirúrgicamente inducida
- Cirujía trans-sexual
- Artículos personales suministrados en un hospital
- Procedimientos cosméticos, excepto cirugía para reparar daños causados por una lesión corporal accidental, reconstrucción de los senos después de una mastectomía o cirugía restaurativa realizada durante o después de una cirugía mutilativa necesaria como resultado de una enfermedad o lesión
- Gastos incurridos en un hospital fuera de la red cuando un/a Participante es donante para el transplante de un órgano, al menos que el/la paciente que recibe el órgano sea también Participante
- Servicios de cuidado en el hogar y servicios domésticos
- Capacitación vocacional
- Servicios de ambulancia para transporte solamente para la comodidad del/de la paciente o de su médico/a
- Servicios paramédicos cuando el/la paciente no se transporta a un hospital
- Tratamiento podiátrico por un/a podiatra que no esté afiliado/a con la organización Podiatry Plan Organization of California
- Tratamiento de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias (Éstos pueden estar cubiertos bajo EMAP)
- Tratamiento directo de o para los dientes o las encías, inclusive tumores (Éstos pueden estar cubiertos bajo el Programa Dental)
- Cargos realizados para satisfacer el deducible anual
- Embarazo de una hija dependiente y cualquier condición ocasionada por el embarazo

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES (continuación)

### MEDICAMENTOS RECETADOS

Además de las EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES, el Programa de Medicamentos Recetados no paga lo siguiente:

- Medicamentos de receta dispensados por un hospital con licencia durante una hospitalización, excepto medicamentos dispensados por la farmacia del hospital para “llevar al hogar” en circunstancias de emergencia
- Drogas, medicamentos o artículos que no sean medicamentos, los cuales puedan comprarse sin una receta escrita por un médico, excepto suministros para diabéticos, los cuales están cubiertos
- Dispositivos anticonceptivos y medicamentos o métodos anticonceptivos no recetados
- Agentes de inmunización inyectables
- Medicamentos inyectables administrados o dispensados por un/a médico/a (o administrados por una enfermera), excepto medicamentos inyectables utilizados para quimioterapia y Depo-Provera
- Progesterona en todas sus formas para el uso en el tratamiento del síndrome pre-menstrual (PMS)
- Medicamentos para formentar el crecimiento del cabello
- Medicamentos usados para el tratamiento de la infertilidad
- Medicamentos que no son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión, excepto los específicamente suministrados, tales como anticonceptivos orales
- Dispositivos o prótesis (Éstos pueden estar cubiertos por el Plan Médico Indemnity PPO)
- Suministros o medicamentos recetados perdidos, robados, rotos o derramados

### COBERTURA PARA LA VISTA

Además de las EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES, el Programa de Atención para la Vista no paga lo siguiente:

- Anteojos de sol no recetados
- Lentes que no sean correctivos
- El tratamiento de lesiones o enfermedades relacionados con la vista (Éstos pueden estar cubiertos bajo el Plan médico del/de la Participante)

### Beneficios EMAP

Todos los servicios deben estar autorizados por HMC/APS y administrados por proveedores contratados por HMC/APS.

Además de las EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES, EMAP no paga lo siguiente:

- Servicios administrados de otra manera por el Plan Médico Indemnity PPO
- Servicios ordenados por una corte, excepto aquéllos que HMC/APS hubiera considerado clínicamente necesarios y apropiados, sin la intervención de la corte
- El tratamiento del retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo o discapacidades para el aprendizaje
- El tratamiento adicional de un trastorno mental si el/la paciente no demuestra una mejoría clínica significativa (reducción de los síntomas) debido al tratamiento recibido después de 60 días, según lo determine HMC/APS

**Esta tabla resume los beneficios del Plan. No se han incluido todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones. Consulte la sección de Exclusiones y Limitaciones el Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.**