

Directrices del Programa



En Vigor A Partir Del 1 De Octubre, 2019

Compartir Facturas Médicas

Medi-Share® es administrado en nombre de los miembros por Christian Care Ministry, Inc. (también referido como Christian Care Ministry, Christian Care y CCM). Aunque Medi-Share® no está sujeto a las regulaciones federales de seguros, ciertos estados requieren la publicación del siguiente aviso para cumplir con las calificaciones de la exención:

NAVISO: Medi-Share no es un seguro o una póliza de seguro, ni tampoco se ofrece a través de una empresa aseguradora. Cualquier asistencia que reciba con sus facturas médicas será totalmente voluntaria y ningún otro miembro puede ser obligado legalmente a contribuir con sus facturas médicas. Como tal, Medi-Share nunca debe considerarse un seguro. Sin importar si recibe un pago por gastos médicos y si Medi-Share continúa con sus operaciones, usted siempre es el responsable de los pagos de sus propias facturas médicas. Medi-Share no está sujeto a los requerimientos regulatorios o protecciones de consumo del código o estatutos de seguros de su estado particular.

Le alentamos a buscar recomendaciones o asesoría de un profesional de seguros de la salud para comprender mejor la diferencia entre los seguros de salud regulados por el estado y los ministerios para compartir gastos, como es el caso de Medi-Share®.

Como un miembro de Medi-Share, que es uno de los programas ofrecidos por CCM, con frecuencia nos referiremos a usted como un miembro de CCM. Esta membresía le da derecho a recibir y obtener acceso a todos nuestros servicios y recursos gratuitos. A cambio, le pedimos que apoye con sus rezos nuestros esfuerzos en nombre de la comunidad cristiana. Bajo los estatutos de Florida, esta membresía no le ofrece directamente derechos como miembro de una corporación, ni tampoco le garantiza ganancias de ningún tipo.

Derechos de autor 2019 © CCM Todos los derechos reservados.

Para cualquier referencia bíblica que se cite en el presente documento se ha utilizado LA SAGRADA BIBLIA, NUEVA VERSIÓN INTERNACIONAL®, NVI. Derechos de autor © 1973, 1978, 1984, 2011 por parte de Biblica, Inc.™ Utilizado con los respectivos permisos. Todos los derechos reservados en todo el mundo.

REFERENCIAS RÁPIDAS



Christian Care Ministry

P.O. Box 120099
West Melbourne, FL 32912-0099

Dirección:
4150 West Eau Gallie Blvd.
Melbourne, FL 32934

Teléfono: (800) 264-2562
Fax: (321) 308-7779



Servicios de Miembros

(800) 264-2562
memberservices@mychristiancare.org



Sitio Web de CCM

MyChristianCare.org



Solicitantes De Información

(800) PSALM 23 (800-772-5623)
info@mychristiancare.org



Aplicaciones Por Fax

(321) 722-5134

Tabla de Contenidos



MEMBRESÍA	5	III. Rol de los miembros	13	VI. Detalles en el proceso de compartir	21
I. Descripción general de Medi-Share	6	A. Medi-Share no es un sustituto de los seguros requeridos por la ley		A. Tratamiento aprobado por CMS o FDA	
A. El modelo bíblico		B. Cuentas de instituciones financieras individuales		B. Compartir durante el primer mes de la membresía	
B. Tenga un voto		C. Aviso de revisión de la cuota mensual		C. Determinar la elegibilidad para compartir	
C. Directrices regulatorias		D. Rezar y compartir		D. Estilo de vida	
D. Sin obligaciones del ministerio u otros miembros		E. Notificación previa		E. Compartir para miembros de 65 años o más	
II. Condiciones de la membresía	8	F. Asistencia en costos compartidos		F. Condiciones médicas preexistentes o condiciones relacionadas	
A. Testimonio cristiano		G. Cancelaciones y retiros		G. Revisión opcional de condiciones médicas preexistentes, previa a procedimientos quirúrgicos/médicos	
B. Estilo de vida saludable		H. Reaplicación después de una cancelación		H. Soporte en la gestión de cuidados y costos	
C. Revisión de la aplicación		COMPARTIR	17	I. Condiciones médicas y servicios sujetos a límites al compartir costos	
D. Socios de salud		IV. Opciones de programas de Medi-Share	18	J. Condiciones médicas y servicios no elegibles para ser compartidos	
E. Cónyuge e hijos		A. Porción Anual por Hogar (AHP)		K. Conflictos de interés	
F. Hijos adultos de los miembros		B. Cambiar la Porción Anual por Hogar		L. Bendiciones Adicionales	
G. Hijos de los miembros que apliquen para una membresía individual		C. Límites máximos para compartir		M. Bendiciones del programa	
H. 65 años y más		D. Incentivos de salud			
I. Ciudadanos americanos que hayan vivido en el exterior		E. Tasas de proveedores			
J. Personas sin ciudadanía americana		V. Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)	19		
K. Hitos de vida		A. Usar la organización de proveedores preferidos (PPO)			
		B. Usar proveedores no pertenecientes a la PPO			

Tabla de Contenidos

COMPARTIR	(CONTINUACIÓN)	
VII. Maternidad	32	
A. Elegibilidad para compartir		
B. Complicaciones en la maternidad		
C. Nacimientos múltiples		
D. Estatus de recién nacido		
E. Cuidados de bienestar infantil		
F. Embarazos de madres solteras		
VIII. Adopción	34	
IX. Condiciones para compartir	35	
X. Accidentes en vehículos motorizados	36	
A. Edad, equipos de seguridad y estilo de vida		
B. Lesiones de motociclistas		
C. Reporte de lesiones		
XI. Cuando un miembro fallece	37	
XII. Medi-Share es un apoyo secundario a otras fuentes	37	
A. Miembros autorizados para acceder a seguros u otros beneficios		
B. Lesiones en la propiedad de otra persona		
C. Medi-Share y subrogación		
XIII. Apelaciones	38	
A. Imparcialidad		
B. Apelación de las decisiones de compartir costos		
C. Mediación y arbitraje según los principios bíblicos		
GLOSARIO DE TÉRMINOS	43	

Membresía



I. DESCRIPCIÓN GENERAL DE MEDI-SHARE

A. El modelo bíblico

Medi-Share es un programa ministerial que tiene la finalidad compartir los gastos de la salud y es administrado por Christian Care Ministry, Inc. ("Christian Care Ministry" o "CCM"). Christian Care Ministry es una corporación sin fines de lucro radicada en Florida que está reconocida para la exención de impuestos de acuerdo con el Código de Rentas Internas 501(c)(3).

La finalidad de Medi-Share es reunir a los cristianos para compartir las bendiciones de Dios y las cargas de los demás. El concepto de "compartir" no es nuevo. Durante siglos, los cristianos en todo el mundo han compartido sus vidas, recursos y bendiciones como se describió por primera vez en el Libro de los Hechos.

Cada mes, los miembros de Medi-Share contribuyen con las facturas médicas elegibles de otros miembros de Medi-Share, y son notificados en cuanto a qué Miembros están ayudando con su dinero. Las facturas médicas elegibles son pagadas con los fondos de los miembros que comparten sus recursos de forma leal. Las siguientes directrices explican los requerimientos del programa y la forma en que CCM facilita el proceso de compartir las facturas médicas.

B. Tenga un voto

Los miembros de Medi-Share tienen la oportunidad de ayudar a crear, enmendar y cambiar estas directrices de programa. Los cambios a las directrices pueden llevarse a cabo de las siguientes formas:

1. Por los miembros: una o dos veces al año, se realizan votaciones en las que los cambios más significativos a las directrices que se hayan propuesto son sometidos a un escrutinio por parte de los miembros votantes. Si al menos 67% de los miembros votantes aprueban un cambio en las directrices, tal cambio será implementado.
2. Por el Comité de Dirección de Medi-Share: el Comité de Dirección de Medi-Share es un grupo de miembros de Medi-Share. Son independientes del personal de CCM y no están controlados por la Junta de Directores de CCM. El Comité de Dirección puede modificar las directrices en nombre de los miembros si los cambios no involucran importantes restricciones o flexibilizaciones.

3. Por la Junta de Directores: la Junta de Directores de CCM busca fortalecer el programa y/o proteger a los miembros de Medi-Share. Actúa de forma independiente al personal de CCM. La Junta puede modificar estas directrices. Los cambios de directrices propuestos por la Junta de Directores deben ser presentados a los miembros en una posterior votación dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de vigencia de la acción por parte de la Junta. Si el cambio es ratificado por al menos 67% de los miembros votantes, el cambio se convierte en una directriz permanente. De lo contrario, la directriz será revertida a su versión previa en la votación más cercana.

Una lista de los cambios en las directrices estará disponible en MyChristianCare.org durante al menos 24 meses a partir de la fecha del cambio.

C. Directrices regulatorias

Las directrices regulatorias vigentes en el momento del servicio son las que rigen el programa, no las directrices que estén vigentes cuando un miembro se una a la organización. La versión más actualizada de las directrices está disponible en MyChristianCare.org. Las directrices son finales y anulan cualquier declaración verbal hecha por cualquier persona con relación al programa Medi-Share.

D. Sin obligaciones del ministerio u otros miembros

Medi-Share no es un seguro. Medi-Share es un sistema ministerial de repartición de costos de la salud conforme se define en la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente. Cada uno de los miembros de Medi-Share es el único responsable del pago de sus facturas médicas en cualquier momento. Ni CCM ni ninguno de sus miembros garantiza o deberá ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas de los demás miembros. Adicionalmente, ningún miembro puede o debe sentirse obligado a hacer contribuciones para compartir costos. Si se comparten los costos, las facturas médicas compartidas son pagadas por el Miembro que haya incurrido en la factura únicamente a partir de las contribuciones voluntarias de los miembros, en lugar de a través de los fondos del propio CCM.

CCM, Medi-Share ni ninguno de sus miembros son considerados entidades de seguros o una aseguradora. El pago de sus facturas médicas debe realizarse a través de Medi-Share o de lo contrario no puede estar garantizado de ninguna forma. Medi-Share no es, y nunca debe ser considerado como, un contrato de seguros o el sustituto de un seguro. No se realiza ninguna transferencia de riesgo para ningún propósito de un miembro a CCM o de un miembro a otros miembros; ni tampoco existe un contrato de indemnización entre CCM y cualquier otro miembro, o entre los mismos miembros.

II. CONDICIONES DE LA MEMBRESÍA

A. Testimonio cristiano

La membresía de Medi-Share está construida sobre la base de ideales en los que coinciden sus miembros. La tranquilidad de saber que las personas con las que está compartiendo sus contribuciones no están utilizando su dinero para cosas que están en conflicto con su fe es una bendición disfrutada por muchos de los miembros.

Todos los miembros adultos mayores de 18 años deben testificar tener una relación personal con el señor Jesucristo. Un líder de la iglesia puede ser entrevistado para verificar este testimonio.

Para calificar para la membresía de Medi-Share, los miembros adultos profesan las siguientes declaraciones de fe:

- Creo que hay un solo Dios (Deuteronomio 6:4) que existe eternamente en tres Personas: el Padre, Jesucristo el Hijo, y el Espíritu Santo (Mateo 28:19). Creo que Jesús es Dios, y su imagen es equivalente a la del Padre y el Espíritu Santo (Colosenses 1:15-20, 2:9).
- Toda Escritura está inspirada por Dios y es útil para enseñar, rebatir, corregir y guiar en el bien. Así el hombre de Dios se hace un experto y queda preparado para todo trabajo bueno. (2 Timoteo 3:16-17). Son completamente obligatorias, verdaderas y en ellas no hay ningún error. Y que la Biblia es totalmente suficiente y es la única revelación escrita que Dios ha ofrecido a la humanidad para los asuntos relacionados con la salvación, la vida y la fe.
- Creo que la Biblia es la revelación escrita por Dios para la humanidad, y ha sido ofrecida divinamente a través de autores humanos que se inspiraron en el Espíritu Santo (2 Timoteo 3:16-17). Es completamente obligatoria, verdadera y en ella no hay ningún error. Y que la Biblia es totalmente suficiente y es la única revelación escrita que Dios ha ofrecido a la humanidad para los asuntos relacionados con la salvación, la vida y la fe. Creo en la deidad de Jesucristo - que existió como Dios antes de la creación (Juan 1:1), Su nacimiento virginal (Mateo 1:23), vida libre de pecado (Hebreos 4:15), Sus milagros y muerte en la cruz para ofrecernos la redención (1 Pedro 2:24), resurrección corporal y ascenso al cielo (1 Corintios 15:3-8), ministerio presente para interceder por nosotros (Hebreos 7:24-25) y Su retorno a la tierra con el poder divino y la plenitud de la gloria (Mateo 24:30). Él es el único Salvador del mundo y Señor sobre todas las cosas (Juan 14:6, Hechos 4:12, Isaías 45:21-23).
- Creo en la personalidad y deidad del Espíritu Santo (Hechos 5:3-4), y en que Él lleva a cabo el milagro de un nuevo nacimiento en un no creyente y vive dentro del creyente (1 Corintios 3:16), permitiéndoles vivir dentro de Dios (Romanos 8:14).
- Creo que el hombre fue creado a la imagen y semejanza de Dios, pero fue el pecado el que lo separó de Dios. Esta separación se puede resolver aceptando el regalo de la salvación de Dios a través de la gracia y la fe (Efesios 2:8-10) que fue posible gracias a la muerte y resurrección de Dios. Esta fe se evidencia en las obras que llevamos a cabo (Santiago 2:17, 26).

Todos los miembros están de acuerdo en lo siguiente:

- Vivir de acuerdo con los estándares bíblicos.
- Los creyentes deben soportar las cargas de los demás.
- Atender y soportar activamente la fraternidad de los creyentes de forma regular.

B. Estilo de vida saludable

Los miembros valoran arduamente el principio bíblico de que nuestros cuerpos físicos son templos del Espíritu Santo y deben mantenerse puros. Los miembros deben llevar estilos de vida saludables, debido a que esto glorifica a Dios y mantiene bajos los costos médicos. Algunos ejemplos de estilos de vida no saludables incluyen - aunque no se limitan solo a ellos - los siguientes:

- Uso de tabaco
- Uso de drogas ilegales

Los aplicantes deben abstenerse de utilizar tabaco o drogas ilegales al menos durante los 12 meses previos a la aplicación para poder ser elegibles para la membresía. Los aplicantes atestiguan que no han abusado de drogas legales, como medicamentos de prescripción o venta libre, o alcohol, durante al menos 12 meses antes de su aplicación para ser elegibles para la membresía.

Los miembros solamente pueden mantener relaciones sexuales dentro de un matrimonio cristiano bíblico.

Un joven (entre los 18 y 22 años) debe cumplir con los mismos principios de fe y requerimientos de estilo de vida que se esperan de los miembros adultos para poder mantenerse en su membresía o la de sus padres. Los hijos y padres deben certificar que el joven comprende y vive bajo estos requerimientos. Si se recibe un certificado dentro de los 60 días a partir del cumpleaños número 18 del joven, la membresía podrá continuar. De lo contrario, solamente las facturas médicas elegibles en las que se haya incurrido antes de su cumpleaños número 18 serán consideradas para ser compartidas.

C. Revisión de la aplicación

Los aplicantes y sus dependientes deberán ofrecer información médica y de su estilo de vida durante el proceso de aplicación a través de un Cuestionario Médico en Línea (OMQ, por sus siglas en inglés). La cabeza del hogar deberá responder estas preguntas en nombre de los dependientes menores de 18 años. Esto ayuda a determinar la calificación para la membresía en Medi-Share y la elegibilidad para compartir los costos. Puede ser necesario que los aplicantes soliciten a sus proveedores médicos determinados archivos de salud.

Si un miembro o aplicante descubre cualquier historial médico que no se haya reportado durante el proceso de aplicación, esa información deberá enviarse inmediatamente por escrito a Medi-Share. Si se omite algún tipo de información que podría generar una descalificación, puede que deje de ser posible compartir las facturas médicas elegibles y/o las membresías podrían ser canceladas.

D. Socios de salud

Medi-Share se preocupa profundamente por la salud y bienestar de todos los miembros. Por esta razón, algunos aplicantes pueden tener que convertirse en socios de salud. Los socios de salud son miembros que pueden tener un mayor riesgo de sufrir de alguna enfermedad. CCM cree que ciertas condiciones pueden ser revertidas a través de un estilo de vida saludable. Al revertir y/o prevenir determinadas enfermedades, las personas son capaces de llevar vidas más saludables y plenas, lo que les permite hacer más obras para el Reino de Dios. La meta de CCM es ayudar a todos los miembros a alcanzar sus metas de salud individuales para poder llevar vidas más ricas y plenas.

Un socio de salud es un miembro de Medi-Share que tiene acceso a un contenido de salud en línea único y a asesoría telefónica personalizada. El programa de socios de salud está diseñado para apoyar a los miembros a la hora de reducir los riesgos de importantes enfermedades. Cada socio de salud desarrollará y seguirá un plan personal para alcanzar estas metas. Los socios de salud pagan una tarifa mensual además de su cuota mensual. Muchos miembros experimentan resultados que les cambian la vida, como una disminución del colesterol, pérdida de peso saludable y eliminación de la diabetes.

E. Cónyuge e hijos

Los siguientes miembros de la familia pueden ser incluidos o incorporados a la membresía del hogar si cumplen con las calificaciones de membresía:

- Cónyuge
- Hijos biológicos*
- Hijos adoptados**
- Niños bajo custodia o tutoría legal completa**
- Niños bajo custodia legal, cuya formalización de adopción esté pendiente y cuenten con un acuerdo de ubicación**

**Por favor, revise la Sección VII. D. para revisar cómo agregar a un recién nacido.*

***Por favor, revise la Sección II. K. para información adicional.*

Si la aplicación para agregar a un cónyuge es entregada y aprobada antes o dentro de los 30 días posteriores a la fecha del matrimonio, la posibilidad de compartir gastos relacionados con las necesidades elegibles, incluyendo un embarazo que ocurra a partir de la fecha del matrimonio, comenzará a partir de la fecha del matrimonio. El aumento de cuota se hará efectivo a partir del primer día del mes después de la aprobación.

F. Hijos adultos de los miembros

Los hijos adultos solteros de los miembros pueden ser parte de la membresía de hogar de los padres hasta alcanzar los 23* años, si tienen un testimonio de cristiandad verificable y están comprometidos con el estilo de vida saludable que se resalta en estas directrices. Dentro de los 60 días posteriores al 18º cumpleaños del joven, debe completar lo siguiente para permanecer dentro de la membresía del hogar de sus padres:

- Firmar el testimonio y formulario de compromiso de Medi-Share, que incluye:
- Un testimonio cristiano verificable (ver Sección II. A.).
- Un compromiso individual de llevar un estilo de vida saludable (ver Sección II. B.).

** Los jóvenes de 23 años o más que tengan alguna discapacidad severa o no puedan trabajar o vivir fuera de un ambiente especial, que sigan siendo dependientes o estén bajo los cuidados de sus padres son una excepción dentro de estas directrices.*

Es la responsabilidad del miembro notificar a CCM cuando un joven deje de calificar dentro de la membresía del hogar. Continuar enviando la cuota mensual al nivel en el que se incluye al joven no extiende la membresía. Un joven puede ser agregado a la membresía del hogar si cumple con las calificaciones de la membresía.

G. Hijos de los miembros que apliquen para una membresía individual

Al llegar a los 18 años, los jóvenes que participan en la membresía del hogar de sus padres pueden aplicar para su propia membresía. En este caso, se exonera el proceso de aplicación y las tarifas de membresía de Medi-Share. Las restricciones del sistema de compartir gastos durante el primer mes de la membresía que se detallan en la Sección VI. B. serán exoneradas. Cualquier condición médica que fuera elegible previamente para ser compartida continuará siendo elegible bajo la membresía individual.

H. 65 años y más

Los aplicantes que tengan 65 años o más no son elegibles para Medi-Share. Sin embargo, los aplicantes de 65 años o más son elegibles para Asistencia para Mayores. Asistencia para Mayores es un programa para compartir gastos de la salud que se ha diseñado específicamente para personas mayores con Medicare Parte A y B.

Los miembros que hayan cumplido 65 años y tengan Medicare Parte A y B pueden hacer la transición a Asistencia para Mayores o permanecer en Medi-Share si así lo prefieren. Los miembros que no cuenten con Medicare Parte A y B pueden permanecer en Medi-Share.

I. Ciudadanos americanos que vivan o hayan vivido en el exterior

No hay calificaciones de membresía adicionales para los ciudadanos americanos que vivan o hayan vivido en el exterior.

J. Personas sin ciudadanía americana

Los extranjeros con estatus legal que vivan a tiempo completo en los Estados Unidos pueden calificar para una membresía de Medi-Share. Las facturas médicas incurridas mientras no sea un residente legal en los Estados Unidos no son elegibles para ser compartidas.

K. Hitos de la vida

Medi-Share cambia y crece con los miembros conforme avanzan en la vida. A continuación, se presentan algunas situaciones en las que cambios en la vida de un miembro pueden hacer que sea necesario realizar alguna acción para mantener la membresía:

1. Jóvenes*

- Entre los 18 y los 22 años - el miembro debe calificar para participar en la membresía.
- Cumpleaños 18 - el joven miembro debe completar el testimonio y formulario de compromiso de Medi-Share para continuar en la membresía del hogar de sus padres o aplicar por una membresía individual.
- Cumpleaños 23 - un joven que cumpla 23 años puede aplicar para una membresía individual antes de su cumpleaños, debido a que ya no califica para participar como parte de la membresía del hogar de sus padres.
- Matrimonio - el joven deja de tener la posibilidad de participar bajo la membresía del hogar de los padres y debe aplicar para obtener su propia membresía.

** Continuar enviando los pagos de cuotas mensuales no extiende la membresía del joven.*

2. Matrimonio/divorcio

- Matrimonio - un cónyuge debe aplicar y calificar para poder ser agregado como miembro. La aplicación puede ser entregada antes o después del matrimonio. La membresía puede comenzar en o después de la fecha del matrimonio.
- Si un miembro con una Porción Anual por Hogar (AHP, por sus siglas en inglés) de \$1,000 contrae matrimonio, la AHP debe ser modificada.
- Divorcio - los miembros que estén pasando por un divorcio o cuyo matrimonio haya culminado en un divorcio deberán contactar a servicios de miembros para obtener más información con relación a sus opciones y la continuación de su membresía.

3. Agregar niños

Un niño puede ser agregado a la membresía haciendo entrega de una Aplicación para agregar a un miembro de la familia.

Un recién nacido puede ser un miembro desde su nacimiento si la aplicación es entregada antes de los 30 días después del nacimiento. Si la aplicación no es entregada dentro de los 30 días posteriores al nacimiento, la fecha de vigencia para el recién nacido será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la entrega de la Aplicación para agregar a un miembro de la familia.

Cuando un miembro de Medi-Share adopta a un niño u obtiene de alguna otra forma la custodia legal con responsabilidad legal de los cuidados médicos de un niño, ese niño puede ser agregado a la membresía del hogar entregando la Aplicación para agregar a un miembro de la familia, junto con los formularios de pruebas aceptables que se destacan a continuación:

- Orden judicial de adopción firmada y válida.
- Orden judicial de preadopción válida emitida por una agencia de colocación infantil certificada.
- Certificado de adopción.
- Asignación de adopción y petición de adopción.

El niño puede ser un miembro a partir de la fecha de asignación, la orden judicial u otro procedimiento legal si la Aplicación para agregar a un miembro de la familia es entregada dentro de los 30 días posteriores a tal acción. Si la aplicación no es entregada dentro de los 30 días, la fecha de vigencia de la membresía será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la entrega de la Aplicación para agregar a un miembro de la familia.

Si el niño adoptivo es elegible/califica para cualquier otra fuente de pago para sus facturas médicas, el miembro debe cooperar con CCM al aplicar para recibir tales pagos y esos recursos deben agotarse antes de que las facturas médicas comiencen a ser consideradas elegibles para ser compartidas, en cumplimiento con la Sección XII. A.

4. Cumplir 65 años

- Los miembros pueden hacer una transición a Asistencia para Mayores cuando cumplen 65 años. Asistencia para Mayores es un programa para individuos de 65 años o más con Medicare Parte A y B.
- Los miembros pueden permanecer en Medi-Share si lo eligen, o si no tienen cobertura Medicare Parte A y B.

5. Efectos de la edad sobre el monto a compartir

- Un cambio en la cantidad a compartir puede ocurrir anualmente sobre la base de la fecha de nacimiento de la persona con más edad dentro de la membresía del hogar.

- Debido a que el programa de AHP de \$1,000 solamente está disponible para las membresías individuales de personas solteras entre los 18 y los 29 años, cuando un miembro de 29 años con una AHP \$1,000 cumple 30, la AHP cambiará automáticamente al próximo nivel de AHP sin ninguna tarifa o período de espera.
- El hogar del miembro será notificado cuando su monto a compartir cambie.

III. ROL DE LOS MIEMBROS

A. Medi-Share no es un sustituto de los seguros requeridos por la ley

Medi-Share no es un seguro. Sin embargo, Medi-Share puede ser utilizado como un sustituto o exención de la cobertura de seguros obligatoria bajo las siguientes circunstancias:

- para satisfacer el mandato federal que entró en vigor el 1 de enero, 2014, en el que se requiere que los “individuos aplicables” mantengan “una cobertura [de seguros] mínima esencial”;
- para satisfacer el requerimiento en Massachusetts de mantener una “cobertura [de seguros] mínima acreditable”.

Estas son solamente excepciones. De lo contrario, los miembros no deben afirmar que Medi-Share es un seguro para evitar comprar los seguros que requieran las leyes, reglas o regulaciones (p. ej., seguro de compensación de trabajadores o seguros por actividades deportivas).

III. ROL DE LOS MIEMBROS

(CONTINUACIÓN)

B. Cuentas de instituciones financieras individuales

Para hacer que Medi-Share sea más conveniente para sus miembros, los miembros realizan las actividades de compartir costos utilizando cuentas individuales en una institución financiera.

Como parte del proceso de inscripción, los miembros abren una cuenta en una institución financiera designada por CCM, y los miembros autorizan a CCM a:

- 1) transferir fondos entre las Cuentas para Compartir de los Miembros facilitando el proceso de compartir costos, y
- 2) deducir las tarifas del programa.

C. Aviso de revisión de la cuota mensual

Los miembros reciben un aviso mensual con relación al monto de su cuota mensual. Los miembros que deseen participar en las actividades de compartir costos depositan su cuota mensual en las cuentas individuales designadas para la facilitación del acto de compartir facturas y continuar con su membresía. Los miembros contribuyen con un monto extra para el fondo de Bendiciones Adicionales cuando sus cuotas mensuales son depositadas después de la fecha de vencimiento. Esta contribución es de \$5.00 o 5% del monto de la cantidad retrasada, cualquiera que sea el monto mayor (ver Sección VI. L.).

D. Rezar y compartir

Un beneficio agregado de estar involucrado en Medi-Share es la comunidad conformada por los que pertenecen a la membresía. Su Porción Mensual Compartida es asignada a otro miembro o miembros para el pago de sus facturas médicas elegibles.

Para solicitar el apoyo con rezos y para rezar por las necesidades de los miembros, visite el centro de miembros.

E. Notificación previa

Los miembros deben indicar a sus proveedores que notifiquen previamente a Medi-Share cualquiera de los siguientes tratamientos de forma que puedan ser elegibles para ser compartidos:

- Hospitalizaciones
- Cirugías programadas (que no sean de emergencia)
- Procedimientos cardíacos electivos
- Tratamientos en contra del cáncer
- Servicios de trasplantes de órganos/tejidos

Los proveedores deben notificar previamente en línea ingresando en MyChristianCare.org/ForProviders o llamando al (321) 308-7777. Para acelerar el proceso de notificación, los proveedores deben incluir los registros médicos aplicables.

En caso de cuidados de emergencia o urgentes, el miembro o el proveedor deberán ofrecer la notificación dentro de las 72 horas posteriores al momento en que se ofrecieron los servicios.

La notificación previa de las facturas médicas no garantiza la elegibilidad o la posibilidad de compartir.

F. Asistencia en costos compartidos

Christian Care Ministry comprende que algunas situaciones médicas pueden generar dificultades financieras a los miembros de Medi-Share. Se puede renunciar al pago de cuotas mensuales hasta por 3 meses durante cada período de 12 meses si la enfermedad o lesión de un miembro le genera una pérdida de ingresos. Esto está sujeto a la aprobación y revisión mensual por parte de CCM. El miembro deberá ofrecer evidencias con relación a la situación. La enfermedad o lesión no puede estar relacionada con una condición, diagnóstico, o tratamiento que esté enumerado en la Sección VI. J.

G. Cancelaciones y retiros

La membresía de Medi-Share será cancelada si un miembro no deposita su cuota mensual durante más de dos meses. La fecha de cancelación será el último día del mes en el que la última cuota mensual fue depositada. Solamente las facturas médicas elegibles en las que se incurra en o antes de la fecha de cancelación serán consideradas para ser compartidas.

✉ **Correo:** P.O. Box 120099, West Melbourne, FL 32912-0099

✉ **Correo electrónico:** memberservices@medi-share.org

📠 **Fax:** (321) 308-7779

📞 **Teléfono:** (800) 264-2562





III. ROL DE LOS MIEMBROS

(CONTINUACIÓN)

H. Reaplicación después de una cancelación

Los miembros cuyas membresías se hayan cancelado por no compartir de forma leal pueden volver a aplicar. Si se aprueba la membresía, las facturas médicas elegibles serán compartidas después de los tres meses del nuevo término de membresía. Todas las condiciones médicas que surjan antes de la fecha de la nueva aplicación estarán sujetas a las directrices establecidas, incluyendo lo que se destaca en la Sección VI. F. Esto incluye condiciones médicas que surjan durante una membresía previa de Medi-Share.



Tuve que pasar cuatro días en un hospital. La semana pasada recibí mi declaración de facturación de Medi-Share. Ahí encontré una detallada lista de tres páginas que incluía a todos los miembros de Medi-Share que compartieron mis necesidades médicas, que superaban los \$32,000. Leer nombre por nombre a las personas que habían compartido su dinero para pagar por mis costos médicos fue simplemente una lección de humildad.

—SARAH M.

Compartir



No se olviden de hacer el bien y de compartir con otros lo que tienen, porque esos son los sacrificios que agradan a Dios.

HEBREOS 13:16 NVI

IV. OPCIONES DE PROGRAMAS DE MEDI-SHARE

A. Porción Anual por Hogar (AHP)

Los miembros tienen la posibilidad de personalizar los cuidados de la salud de su familia eligiendo qué Porción Anual por Hogar (AHP) prefieren. La AHP es la cantidad en dólares que el hogar está de acuerdo en pagar para facturas médicas elegibles antes de que cualquier factura médica elegible pueda ser compartida entre los miembros. La cantidad de la AHP se reinicia cada 12 meses en la fecha de vigencia. Incluso si no se ha cubierto la AHP, los proveedores deberán enviar todas las facturas médicas a Medi-Share para su procesamiento. Esto asegura que todas las facturas médicas elegibles sean aplicadas hacia la AHP y permite la posibilidad de descuentos.

B. Cambiar la Porción Anual por Hogar

Los miembros pueden cambiar su monto de AHP. Revise en el cuadro a continuación las condiciones:

La AHP se reinicia a \$0 con cada cambio en el nivel de AHP. La tasa para hacer el cambio es \$75.	¿Cuándo puede cambiar los niveles de AHP un miembro?	¿Cuándo entra en vigor el nuevo nivel de AHP?
Cambiar de una AHP MÁS BAJA a una MÁS ALTA	En cualquier momento, a excepción de un embarazo	Vigente a partir del día 1 del siguiente mes
Cambiar de una AHP MÁS ALTA a una MÁS BAJA*	Un nivel de AHP a la vez, a excepción de un embarazo	Vigente a partir del día 1 del 4º mes después de la solicitud de cambio

Cuando se pasa de una AHP más baja a una más alta, la solicitud debe hacerse el primer día del mes para que la vigencia corresponda al siguiente mes. Si el cambio es solicitado después del primer día, la fecha efectiva será el primer día del segundo mes después de la solicitud.

** No se puede cambiar a una AHP de \$1,000, a menos de que sea una persona soltera entre los 18 y los 19 años.*

Los miembros con una AHP de \$1,000 o \$1,750 no son elegibles para compartir los costos de maternidad u adopción. Se aplica una tasa administrativa de \$75 para cambiar la AHP.

Las facturas serán procesadas de acuerdo con la AHP de cada miembro en el momento en que se haya incurrido en las mismas. Una vez que el cambio de la AHP se realice, la fecha efectiva cambia a la fecha en que se inicie la nueva AHP. Con cualquier cambio en la AHP, la acumulación de facturas médicas elegibles para la AHP se reiniciará a \$0.

Por ejemplo: el 30 de marzo usted es un miembro activo con una AHP de \$3,000; usted ha incurrido en \$1,000 hacia su AHP y se aprueba una AHP más baja. El 1 de julio, su monto AHP más bajo entra en vigor. La cantidad de facturas médicas elegibles pagadas hacia su AHP volverá a ser \$0 el 1 de julio. Sin embargo, las facturas en las que incurrió antes de 1 de julio continuarán siendo aplicadas hacia su AHP de \$3,000 previo.

C. Límites máximos para compartir

Cada miembro disfruta de compartir sus facturas médicas elegibles sin ningún límite anual o de por vida. Hay algunas excepciones para las condiciones preexistentes (Sección VI. F.), maternidad (Sección VII.), accidentes o eventos de motocicleta (Sección X. B.) y durante el primer mes de la membresía (Sección VI. B.).

D. Incentivos de salud

Dado el compromiso de los miembros de Medi-Share hacia una vida saludable, los miembros pueden recibir una recompensa por sus elecciones saludables. Un miembro del hogar puede calificar para un incentivo de salud, como la disminución de su cuota mensual. Los miembros son elegibles para un incentivo de salud después de haber completado el primer mes de la membresía; sin embargo, pueden comenzar el proceso de aplicación antes. Los criterios, formularios e instrucciones para aplicar para un incentivo de salud pueden encontrarse en MyChristianCare.org.

E. Tasas de proveedores

La tasa de proveedores es de \$35 por cada visita a un hospital o consultorio, o \$200 por cada visita a una sala de emergencias. Es responsabilidad del miembro pagar la tasa de proveedor aplicable en el momento de servicio o cuando reciba la factura del proveedor posteriormente. La tasa de proveedor es un pago inicial que se acumula en el total de los cargos de consultas. La tasa de proveedor no cuenta hacia la AHP y continúa siendo aplicada incluso después de haber cubierto la AHP.

V. ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

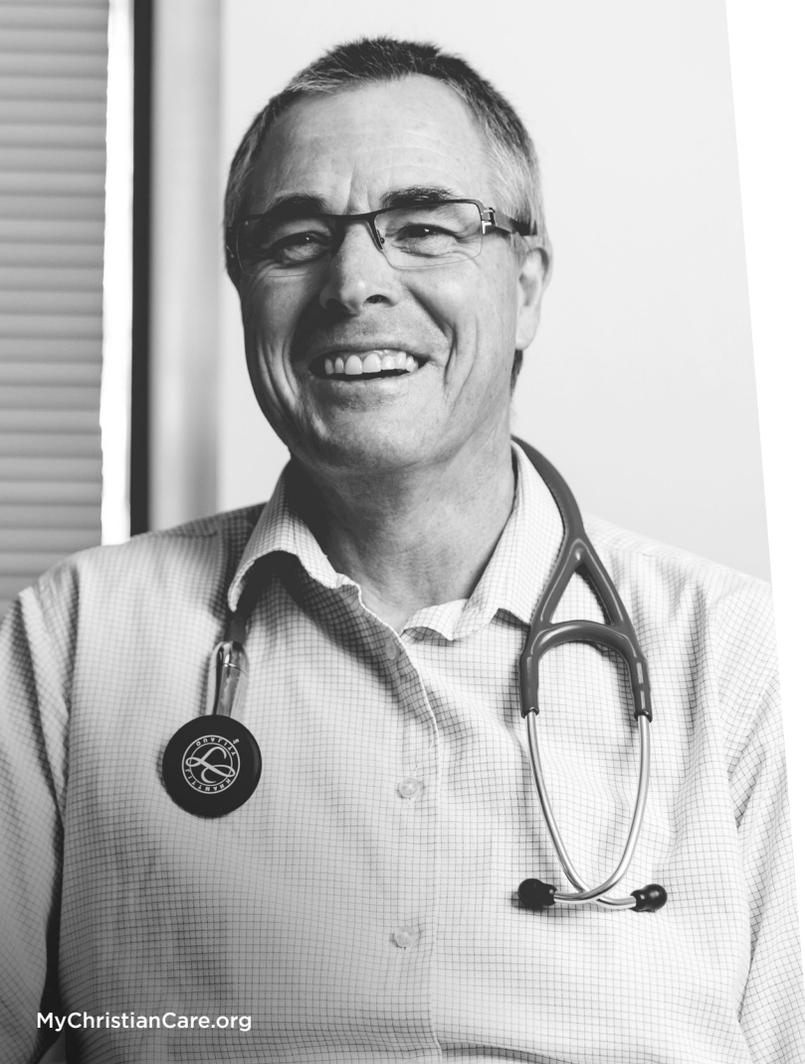
A. Usar la organización de proveedores preferidos (PPO)

Para sacar el máximo provecho del programa de compartir gastos, los miembros deben utilizar proveedores dentro de una PPO siempre que sea posible, debido a que estos proveedores han acordado ofrecer tasas con descuentos a sus miembros. En consecuencia, utilizar esta red en general nos ofrece ahorros significativos, tanto para los miembros individuales, teniendo que incurrir en menos gastos directos, y también para la membresía, permitiendo establecer montos de cuotas mensuales más bajos.

Es mejor identificar los proveedores y centros PPO en su región antes de buscar la atención médica. Para hacerlo, simplemente visite MyChristianCare.org/findproviders, o llame al número de proveedores en su tarjeta de ID de Medi-Share.

Su tarjeta de ID de Medi-Share debe presentarse al proveedor antes de que los servicios sean ofrecidos, o el descuento podría no ser honrado.

Como cortesía, muchos proveedores PPO también honran sus acuerdos de descuento para servicios que no son elegibles para ser compartidos (como cuidados de rutina), si los miembros hacen los pagos puntualmente después de haber recibido la Explicación de Gastos Compartidos (EOS, por sus siglas en inglés).



V. ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

(CONTINUACIÓN)

B. Usar proveedores no pertenecientes a la PPO

- **Médicos y otros profesionales**

Si un miembro usa un servicio profesional no perteneciente a la PPO, las facturas elegibles para compartir se limitan a los costos usuales y razonables (U&C, por sus siglas en inglés) por el servicio prestado sobre la base de normas independientes. Los cargos que superen los costos usuales y razonables serán responsabilidad del miembro.

- **Hospitales y otros centros**

Si un miembro usa un hospital u otro centro no perteneciente a la PPO, el miembro tiene la responsabilidad adicional de cubrir el 20% de los cargos totales o \$500 por cada factura elegible, el monto que sea menor entre ambos. Esta responsabilidad adicional está por encima de cualquier elemento del programa Medi-Share, como la AHP.

- **Exenciones en proveedores no pertenecientes a la PPO**

Las responsabilidades adicionales asociadas con nuestros costos fuera de la red pueden quedar exentas en casos en los que hay una emergencia que amenace a la vida.

Algunas responsabilidades adicionales también pueden ser exentas cuando la distancia de viaje al proveedor PPO calificado más cercano supere las 25 millas.

Si no se cumple con la notificación previa como se describe en la Sección III. E., la responsabilidad adicional no puede quedar exenta. Las exenciones pueden solicitarse contactando a servicios de miembros. Las exenciones serán ofrecidas después de que se haya hecho un balance de las facturas emitidas por el proveedor. La solicitud de exención debe recibirse dentro de los 90 días a partir de la fecha de Explicación de Gastos Compartidos (EOS) o dentro de los 12 meses a partir de la fecha de servicio, el tiempo mayor entre ambos.

VI. DETALLES EN EL PROCESO DE COMPARTIR

A. Tratamiento aprobado por CMS o FDA

Los costos de las pruebas aprobadas por CMS y FDA, tratamientos, y hasta seis meses de fármacos de prescripción aprobados por la FDA por cada condición elegible serán considerados para ser compartidos. Los mismos deben ser ordenados por alguno de los siguientes profesionales:

- Médico (M.D.)
- Doctor de osteopatía (D.O.)
- Enfermera especializada (N.P.)
- Auxiliar médico (P.A.)
- Doctor en podología (D.P.M.)
- Dentista (D.D.S. o D.M.D.)
- Matrona
- Optometrista

Estas pruebas y tratamientos aprobados por CMS y FDA deben realizarse en alguno de los siguientes centros:

- Hospital
- Centro quirúrgico
- Clínica
- Consultorio médico
- Centro diagnóstico

VI. DETALLES EN EL PROCESO DE COMPARTIR

(CONTINUACIÓN)

Para la consideración de otros centros, se requiere una revisión de preelegibilidad.

Si desea que se consideren para ser compartidos, los costos de diagnósticos y tratamientos deben realizarse en los Estados Unidos, con la excepción de emergencias o si está viviendo en el exterior.

Un proveedor debe entregar facturas médicas en formularios CMS 1500, UB e IB (formularios estándar para la industria de los cuidados de la salud), para que puedan ser consideradas para ser compartidas.

Las pruebas, tratamientos o fármacos de prescripción que no estén aprobados por CMS o FDA pueden ser considerados para ser compartidos si están soportados por los estándares de cuidados en los tratamientos médicos. Los costos de estos tratamientos pueden ser considerados para ser compartidos por los miembros con hallazgos físicos y/o síntomas que sugieran una enfermedad o lesión conforme sea diagnosticada por un proveedor médico aprobado, conforme se explica arriba.

B. Compartir durante el primer mes de la membresía

Los miembros son elegibles para compartir hasta \$50,000 de sus facturas médicas elegibles durante el primer mes de su membresía. Los miembros que hayan pasado de ser miembros del hogar de sus padres a una membresía individual no tienen un tope en la cantidad de facturas médicas elegibles que pueden ser compartidas durante el primer mes de su membresía individual (ver Sección II. F.).

C. Determinar la elegibilidad para compartir

Para los cuidados que no requieran una notificación previa (Sección III. E.), la elegibilidad de una factura médica para ser compartida es determinada después de que se han ofrecido los servicios médicos. La información médica y de estilo de vida ayuda a determinar la elegibilidad. Los registros médicos de los 36 meses previos a la membresía también pueden ser necesarios. La necesidad de estos registros médicos es determinada por la naturaleza de la enfermedad o las circunstancias de la lesión. Si se niega el acceso a los registros médicos, las facturas médicas no pueden ser compartidas.

D. Estilo de vida

Los miembros deben seguir un estilo de vida cristiano y estar de acuerdo con la Declaración de Fe. Esto es esencial para que las facturas médicas elegibles puedan ser compartidas. Se cancelará la membresía de los miembros de 18 años o más que no sigan un estilo de vida cristiano. Los ejemplos de comportamiento que pueden conllevar a que no se puedan compartir las facturas y/o a la cancelación de la membresía incluyen, sin limitarse solo a ello:

- uso de productos de tabaco en cualquiera de sus formas;
- uso de drogas ilegales;
- abuso de fármacos incluyendo drogas legales, como alcohol, medicamentos de prescripción o de venta libre;
- relaciones sexuales fuera del matrimonio cristiano bíblico;
- participar en actividades que representen un riesgo claro a la seguridad personal.

Si el miembro experimenta un aumento de peso significativo, deberá participar en el programa de Socio de Salud (ver Sección II. D.).





VI. DETALLES EN EL PROCESO DE COMPARTIR

(CONTINUACIÓN)

E. Compartir para miembros de 65 años o más

Los miembros que cumplan 65 años y que elijan no cambiar a la Asistencia para Mayores pueden continuar participando en Medi-Share.

Los detalles de Asistencia para Mayores están destacados en la Sección II. H.

Cuando un miembro tiene Medicare, Medi-Share será un apoyo secundario. El monto para compartir en las facturas médicas elegibles incurridas en o después del primer día del mes en que un miembro cumpla 65 años se definirá de acuerdo con la diferencia entre los cargos que permite Medicare y los montos reales pagados por Medicare. Los proveedores deben entregar una copia de la Explicación de Beneficios de Medicare y los formularios CMS 1500, UB e IB.

F. Condiciones médicas preexistentes o condiciones relacionadas

Las facturas médicas para diagnósticos o tratamientos de una condición médica preexistente - no congénita -, definida como signos/síntomas, pruebas, diagnóstico, tratamiento o medicamentos para una condición dentro de los 36 meses previos a la membresía (sobre la base de los registros médicos), SOLAMENTE serán elegibles para compartir de la siguiente forma:

- Hasta \$100,000 por miembro por año (sobre la base de la fecha de vigencia) una vez que el miembro haya compartido fielmente durante 36 meses consecutivos.
- Hasta \$500,000 por miembro por año (sobre la base de la fecha de vigencia) una vez que el miembro haya compartido fielmente durante 60 meses consecutivos.

La presión sanguínea elevada y el colesterol alto controlados a través de medicamentos y estilo de vida no se considerarán condiciones médicas preexistentes para la finalidad de determinar la elegibilidad para eventos vasculares futuros.

Siempre que haya habido un lapso en la membresía, una condición no será considerada preexistente si la primera vez que la condición apareció fue durante la membresía previa. Una excepción sería una maternidad que ocurriera fuera del período de membresía actual, que no sería elegible para compartir.

G. Revisión opcional de condiciones médicas preexistentes, previa a procedimientos quirúrgicos/médicos

Un miembro puede someterse a una evaluación opcional y preliminar para determinar si su tratamiento propuesto es o no elegible para ser compartido. Esto se hace solicitando una revisión de historia médica para determinar si la condición está relacionada con una condición preexistente. Para solicitar una revisión, contacte a servicios de miembros llamando al (800) 264-2562. La determinación final de elegibilidad se hace siempre después de que las facturas han sido entregadas para su procesamiento. Es posible que se determine que un tratamiento no es elegible para compartir costos, aunque la revisión preliminar arrojará que sí podría serlo, esto puede ocurrir en caso de que:

- Se presente nueva información o registros médicos adicionales que hagan que el tratamiento no sea elegible por una condición preexistente.
- Se ofrezcan nuevos registros o información que hagan que el tratamiento deje de ser elegible por problemas en el estilo de vida.

La cantidad de días que se requieren para completar una revisión preliminar depende de la capacidad de respuesta de los proveedores que deban enviar los registros médicos.

VI. DETALLES EN EL PROCESO DE COMPARTIR

(CONTINUACIÓN)

H. Soporte en la gestión de cuidados y costos

El soporte en la gestión de cuidados y costos está disponible para los miembros con necesidades médicas significativas. Medi-Share ofrece soporte para la toma de decisiones médicas para todos los miembros que lo soliciten, y automáticamente para miembros con determinadas condiciones médicas. Para acceder al soporte en la comprensión e interpretación de las opciones de cuidados médicos, los miembros deben contactar a servicios de miembros al (800) 264-2562.

I. Condiciones médicas y servicios sujetos a límites al compartir costos

Abajo se enumeran tratamientos, condiciones médicas, procedimientos y servicios para los que se han establecido ciertas condiciones:

- Los servicios de ambulancias y otros transportes médicos son elegibles para ser compartidos cuando sean necesarios médicamente o cuando sea necesario realizar un traslado entre dos centros.

- La rehabilitación cardíaca es elegible hasta 36 sesiones después de una hospitalización para una condición cardíaca elegible o un procedimiento cardíaco, como una angioplastia o implantación de un stent, cuando sea considerado por un proveedor calificado, si la sesión inicial comienza dentro de los 6 meses posteriores al evento cardíaco.

- Cuidados quiroprácticos - en casos en que se haya diagnosticado por un médico (M.D. o D.O.) y cuando al miembro se le haya ofrecido únicamente una opción quirúrgica, una resolución quiropráctica puede ser elegible si sustituye a la cirugía. El médico del miembro debe ofrecer una historia del caso, radiografías y una recomendación de una resolución quiropráctica. Si se aprueban, los cuidados quiroprácticos están limitados a un máximo de 20 visitas dentro de un período de seis semanas. Las pruebas ordenadas por un quiropráctico no son elegibles para ser compartidas.

- Los equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) son elegibles para ser compartidos si el DME es ordenado por un proveedor aprobado por CMS para el tratamiento de una necesidad elegible. Los equipos de locomoción motorizados (como sillas de ruedas o patinetes motorizados), equipos de ejercicios, y modificaciones para el hogar no son elegibles para ser compartidos. Los DME no podrán ser alquilados durante más de 6 meses. Para ser elegible para ser compartido, el DME debe ser obtenido de un proveedor de DME aprobado por CMS.

- Las pruebas genéticas no requeridas para los tratamientos de una condición existente no serán elegibles.
- Los cuidados en el hogar se limitan a tratamientos relacionados con una necesidad elegible y que hayan sido ordenados por un proveedor calificado para miembros que no puedan salir de casa por ese motivo. Una copia de la orden del proveedor debe acompañar la factura. Los servicios de cuidados en el hogar están limitados a 60 días calendario a partir del primer día de servicios para los cuidados en el hogar.
- Las admisiones no hospitalarias, admisiones ambulatorias, centros de enfermería especializada, centros de rehabilitación, centros de cuidados de largo plazo u hospitalización para pacientes terminales son elegibles para ser compartidas durante 30 días si son ordenadas por un proveedor calificado por una condición elegible, debido a que permitirían ofrecer cuidados que de otra forma sería necesario ofrecer en un centro de cuidados intensivos. La elegibilidad en más de una derivación médica para el mismo diagnóstico requerirá la revisión de un gerente de casos médicos.
- La terapia de habla ambulatoria es elegible para ser compartida hasta 10 visitas después de un infarto, cirugía o trauma. La terapia para tragar es elegible por hasta 10 visitas por derivación médica. Una copia de la orden del proveedor o referencia de tratamiento debe acompañar la factura. La elegibilidad para más de una derivación médica dentro del mismo diagnóstico requerirá una revisión médica.



- La terapia física (TF), terapia ocupacional (OT) y terapia de manipulación osteopática (TMO) son elegibles para ser compartidas si son llevadas a cabo por un terapeuta con licencia (los terapeutas de masajes no son elegibles) o un doctor de osteopatía, en relación con un diagnóstico elegible, y ordenadas por un proveedor calificado (ver Sección VI. A) hasta por 20 visitas combinadas. Una copia de la orden del proveedor o referencia de tratamiento debe acompañar la factura. La elegibilidad para más de una derivación médica para el mismo diagnóstico requerirá una revisión médica.

- Fármacos de prescripción - los fármacos de prescripción, incluyendo los medicamentos de mantenimiento e inyecciones por la alergia, son elegibles para ser compartidos por seis meses por cada nueva condición no preexistente. Esto incluye los fármacos de prescripción que pueden ser dispensados, inyectados o administrados por un Médico (M.D.), Doctor de osteopatía (D.O.), Enfermera especializada (N.P.), Auxiliar médico (M.D.), o Doctor especialista en Podología (D.P.M.). Se pueden hacer excepciones en caso de medicamentos para el cáncer o para los receptores de trasplantes de órganos.

- Las prótesis son elegibles para compartir gastos si son ordenadas por un proveedor certificado para tratar una necesidad elegible y cumplen con un proveedor CMS. Todas las prótesis requieren revisión médica. Solamente un plan prostético por diagnóstico es elegible para ser compartido. El reemplazo, reparación o mantenimiento de las prótesis no son elegibles para ser compartidos.

- Las evaluaciones psiquiátricas o de atención primaria, asociadas con pruebas de laboratorio y medicamentos para enfermedades mentales que se relacionen con una condición médica elegible, son elegibles para compartir durante seis meses por cada nueva condición. La terapia y psicoterapia no son elegibles para compartir.
- Los estudios para la apnea del sueño son elegibles para compartir si son ordenados por un proveedor calificado (sección VI. A) para una necesidad elegible. El proveedor debe entregar una historia de caso con la recomendación para el estudio de sueño. Los estudios de sueño ordenados para tratar el insomnio no son elegibles para ser compartidos.

J. Condiciones médicas y servicios no elegibles para ser compartidos

Si una factura médica está asociada con un diagnóstico, tratamiento o procedimiento que no sea elegible para ser compartido de cualquier forma, esta factura médica tampoco será considerada elegible.

Abajo se enumeran los tratamientos, condiciones médicas, procedimientos y servicios que no son elegibles para ser compartidos:

- Gastos relacionados con estilos de vida o elecciones que se alejen de lo establecido en la Biblia, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Aborto de un feto vivo (bebé).

- Lesiones o enfermedades por el uso del alcohol o de drogas.

- Enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo VIH - se pueden hacer excepciones por contagios inocentes, como a través de transfusiones, violaciones, accidentes con agujas en el trabajo, o sexo dentro del matrimonio.

- Actos ilegales - cualquier cargo por una condición, discapacidad o gastos que resulte de haber participado en una ocupación ilegal o por haber cometido o intentado cometer un delito.

- Lesiones autoinfligidas intencionalmente (p. ej., suicidio o intento de suicidio).

- Gastos de maternidad para niños concebidos fuera del matrimonio, con excepción del embarazo que resulte de una violación.

- Cuidados alternativos, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Vitaminas/suplementos sin un diagnóstico de una deficiencia específica.

- Acupuntura.

- Servicios de proveedores no aprobados.

- Tratamientos experimentales o en investigación.

- Cuidados de salud del comportamiento/mental - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Cuidados psiquiátricos o psicológicos.

- Cargos de educación especial.

- Terapia o cuidados para deficiencias en el aprendizaje o problemas de comportamiento, sin importar si están o no asociados con un desorden mental u otra perturbación mental manifiesta (p. ej. desorden de déficit de atención o autismo).

- Procedimientos cosméticos - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, aumento o reducción de senos (excepto las reconstrucciones de senos después de un cáncer de mamas para el área afectada y para el seno no afectado si se recomienda para mantener la simetría).

- Servicios dentales y de periodoncia - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Extracción de las muelas del juicio.

- Cirugía ortodóncica/oral (a excepción de los casos de trauma, dentro del año posterior al diagnóstico).

J. Condiciones médicas y servicios no elegibles para ser compartidos (CONTINUACIÓN)

- Reparación o reemplazo de dentaduras postizas, puentes y aplicaciones.
articulación que conecta la mandíbula al cráneo. Esto incluye, aunque sin limitarse solo a ello, aparatos ortodóncicos, férulas, dispositivos o cirugía de cualquier tipo.
- Complicaciones o infecciones relacionadas con procedimientos dentales.
- Equipos médicos duraderos (EMD) motorizados (como sillas de ruedas y patinetes motorizados), equipos de ejercicios y modificaciones para el hogar.
- Cuidados de fertilidad/infertilidad - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:
 - Procedimientos para el control natal, como DIU, y/u otros dispositivos similares.
 - Pruebas y tratamientos de infertilidad.
 - Esterilizaciones o reverses de esterilizaciones (vasectomías o ligación de trompas).
 - Donación u adopción de embriones.
- Medicamentos o tratamientos para la salud o disfunción sexual.
- Cuidados misceláneos:
 - Cuidados de síntomas no relacionados con una enfermedad o

lesión específicamente diagnosticable, como fatiga o malestares constantes.

- Asesoría y gastos de consultas incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

Asesoría de dietas.

Asesoría para diabetes.

Asesoría de lactancia.

Asesoría genética.

- Cuidados supervisados/cuidados de largo plazo.

- Servicios educativos y materiales, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

Clases de Lamaze.

Clases de lactancia.

Intervención en la infancia temprana.

- Dispositivos de ayuda auditiva.

- Fármacos de venta libre y suministros/equipos médicos. Los suministros se definen como equipos médicos desechables (que requieren reemplazo en menos de seis meses), que se compran por el miembro para su uso en casa, que no tengan que ver con las necesidades de salud en el hogar. Esto incluye, aunque sin limitarse solo a ello:

Suministros para diabéticos.

Suministros para el cuidado de lesiones.

Suministros de ostomía.

- Podología ortopédica (insertos para los zapatos).

- Consultas telefónicas, consultas por Internet, pagos por citas perdidas.
- Cuidados y tratamientos dentro de la Administración de Veteranos.
- Gestión y control de peso.
- Cuidados de rutina y preventivos - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, todos los cuidados de bienestar general y pruebas y procedimientos de evaluación, como:*

- Exámenes físicos.
- Inmunizaciones y vacunas.
- Estudios de laboratorio.
- Mamografías de evaluación.
- Colonoscopias de evaluación.
- Servicios de la vista y cuidados optométricos rutinarios, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, los siguientes:

Todos los servicios relacionados con miopía, hipermetropía y astigmatismo, incluyendo lentillas de contacto y gafas de montura.

Servicios refractivos.

- Cirugía profiláctica y cirugía preventiva sin historia de diagnóstico o recomendaciones médicas.

* Hay excepciones para los cuidados de rutina para niños (ver Sección VII. E.).

- Estudios del sueño que no se relacionen con una enfermedad

o desorden específico, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, los siguientes:

- Insomnio.
- Hipersomnio.
- Cirugía para el desorden de identidad de género.
- Irregularidades en la facturación.
- Entregas tardías: las facturas deben ser recibidas por Medi-Share dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio para que puedan ser consideradas para ser compartidas. La información adicional solicitada a un miembro y/o proveedor debe ser recibida por Medi-Share dentro de los 12 meses posteriores al servicio o los 90 días posteriores a la fecha de solicitud, el tiempo mayor.
- Entregas inadecuadas: las facturas deben ser entregadas por el proveedor siguiendo los estándares de la industria de cuidados de la salud, y los lineamientos de codificación. Esto es necesario para que las facturas sean consideradas para ser compartidas.
 - Las facturas que estén codificadas o entregadas incorrectamente no podrán ser compartidas.
 - Los cargos excesivos o innecesarios de los proveedores no son elegibles para ser compartidos.

VI. DETALLES EN EL PROCESO DE COMPARTIR

(CONTINUACIÓN)

- Diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la articulación temporal-mandibular, o enfermedades relacionadas con la articulación que conecta la mandíbula al cráneo. Esto incluye, aunque sin limitarse solo a ello, aparatos ortodóncicos, férulas, dispositivos o cirugía de cualquier tipo.

- Complicaciones o infecciones relacionadas con procedimientos dentales.

- Equipos médicos duraderos (EMD) motorizados (como sillas de ruedas y patinetes motorizados), equipos de ejercicios y modificaciones para el hogar.

- Cuidados de fertilidad/infertilidad - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Procedimientos para el control natal, como DIU, y/u otros dispositivos similares.

- Pruebas y tratamientos de infertilidad.

- Esterilizaciones o reverses de esterilizaciones (vasectomías o ligación de trompas).

- Donación u adopción de embriones.

- Medicamentos o tratamientos para la salud o disfunción sexual.

- Cuidados misceláneos:

- Cuidados de síntomas no relacionados con una enfermedad o lesión específicamente diagnosticable, como fatiga o malestares constantes.

- Asesoría y gastos de consultas incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Asesoría de dietas.
- Asesoría para diabetes.
- Asesoría de lactancia.
- Asesoría genética.

- Cuidados supervisados/cuidados de largo plazo.

- Servicios educativos y materiales, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, lo siguiente:

- Clases de Lamaze.
- Clases de lactancia.
- Intervención en la infancia temprana.

- Dispositivos de ayuda auditiva.

- Fármacos de venta libre y suministros/equipos médicos. Los suministros se definen como equipos médicos desechables (que requieren reemplazo en menos de seis meses), que se compran por el miembro para su uso en casa, que no tengan que ver con las necesidades de salud en el hogar. Esto incluye, aunque sin limitarse solo a ello:

- Suministros para diabéticos.
- Suministros para el cuidado de lesiones.
- Suministros de ostomía.

- Podología ortopédica (insertos para los zapatos).

- Consultas telefónicas, consultas por Internet, pagos por citas perdidas.

- Cuidados y tratamientos dentro de la Administración de Veteranos.

- Gestión y control de peso.
- Cuidados de rutina y preventivos - incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, todos los cuidados de bienestar general y pruebas y procedimientos de evaluación, como:*
 - Exámenes físicos.
 - Inmunizaciones y vacunas.
 - Estudios de laboratorio.
 - Mamografías de evaluación.
 - Colonoscopias de evaluación.
 - Servicios de la vista y cuidados optométricos rutinarios, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, los siguientes:
- Todos los servicios relacionados con miopía, hipermetropía y astigmatismo, incluyendo lentillas de contacto y gafas de montura.
- Servicios refractivos.
- Cirugía profiláctica y cirugía preventiva sin historia de diagnóstico o recomendaciones médicas.

* Hay excepciones para los cuidados de rutina para niños (ver Sección VII. E.).

- Estudios del sueño que no se relacionen con una enfermedad o desorden específico, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, los siguientes:
 - Insomnio.
 - Hipersomnio.
- Cirugía para el desorden de identidad de género.
- Irregularidades en la facturación.

- Entregas tardías: las facturas deben ser recibidas por Medi-Share dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio para que puedan ser consideradas para ser compartidas. La información adicional solicitada a un miembro y/o proveedor debe ser recibida por Medi-Share dentro de los 12 meses posteriores al servicio o los 90 días posteriores a la fecha de solicitud, el tiempo mayor.

- Entregas inadecuadas: las facturas deben ser entregadas por el proveedor siguiendo los estándares de la industria de cuidados de la salud, y los lineamientos de codificación. Esto es necesario para que las facturas sean consideradas para ser compartidas.

- Las facturas que estén codificadas o entregadas incorrectamente no podrán ser compartidas.

- Los cargos excesivos o innecesarios de los proveedores no son elegibles para ser compartidos.

VI. DETALLES EN EL PROCESO DE COMPARTIR

(CONTINUACIÓN)

K. Conflictos de interés

Las facturas médicas serán consideradas inelegibles para ser compartidas si el proveedor o el proveedor que ha emitido una orden es un familiar del miembro por lazo sanguíneo, matrimonio, o adopción, o si el miembro tiene algún interés financiero relacionado con el proveedor.

L. Bendiciones Adicionales

Los miembros ofrecen contribuciones de Bendiciones Adicionales para soportar aún más el concepto bíblico de compartir las cargas de los demás. Las Bendiciones Adicionales están diseñadas para ayudar a los miembros con los gastos elegibles de adopción después de dos eventos (ver Sección VIII.), o con facturas significativas que no sean elegibles para ser compartidas, incluyendo aquellas facturas que no son elegibles para ser compartidas porque excedan los límites establecidos en estas directrices, incluyendo los límites a la hora de compartir gastos de maternidad.

Si una condición es inelegible para ser compartida, con base a las Secciones VI. I., J., o K., NO se considerará elegible para el programa de Bendiciones Adicionales.

Los regalos de las Bendiciones Adicionales son usados para financiar las necesidades de las Bendiciones Adicionales a un 100% a menos de que las necesidades excedan las contribuciones de las Bendiciones Adicionales, en cuyo caso se distribuirán las contribuciones. Al final de cada trimestre, cualquier contribución de Bendiciones Adicionales que quede remanente después de que las necesidades de gastos pendientes elegibles por Bendiciones Adicionales se hayan cubierto podrá ser utilizada para ser compartida en general. Para más información, los miembros deben contactar a Servicios de Miembros al (800) 264-2562.

M. Bendiciones del programa

Los miembros pueden calificar para los programas de asistencia pública o benevolencia privada. Aquellos que utilicen este tipo de programas recibirán un incentivo en forma de crédito para compartir.

VII. MATERNIDAD

A. Elegibilidad para compartir

Las miembros embarazadas con una Porción Anual por Hogar de \$3,000 o más y que hayan compartido fielmente desde el mes de la concepción y durante cada mes hasta el parto son elegibles para compartir los gastos de maternidad.

El monto de compartir gastos se limita a \$125,000 por cada evento de embarazo único, incluyendo cuidados previos al parto, el costo del parto, complicaciones para la madre y/o hijo(s) y cuidados postnatales.

Para ser elegibles, los cuidados deben ser llevados a cabo por alguno de los siguientes profesionales:

- Médico.
- Doctor de osteopatía.
- Matrona con licencia, certificación y/o registrada en el estado en el que se realice el parto, de acuerdo con lo definido por la ley. En ausencia de requerimientos legales estatales, Medi-Share requiere al menos un mínimo de credenciales del Registro de Matronas de América del Norte.

B. Complicaciones en la maternidad

Si la maternidad es elegible para ser compartida, los costos del tratamiento para las complicaciones de la madre también son elegibles para ser compartidos. El costo de los tratamientos para los niños que se convierten en miembros desde su nacimiento es elegible para ser compartido.

C. Nacimientos múltiples

Los nacimientos múltiples son considerados un evento dentro del embarazo.

D. Estatus de recién nacido

Si un padre es miembro en el momento del parto:

- un recién nacido puede ser un miembro desde su nacimiento si la Aplicación para agregar a un miembro de la familia es entregada antes de los 30 días después del nacimiento;
- si el recién nacido no es agregado en la membresía dentro de los 30 días posteriores al nacimiento, la fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la entrega de la Aplicación para agregar a un miembro de la familia.

Si la madre no es un miembro desde el momento de la concepción hasta el parto, las siguientes son instancias en las que las facturas de maternidad no son elegibles para ser compartidas:

- Facturas médicas elegibles incurridas antes de la fecha de vigencia para el recién nacido.
- Condiciones médicas de maternidad no resueltas, para el hijo o la madre.

Si la madre no es miembro desde el momento de la concepción y hasta el parto, la madre y/o hijo(s) no son elegibles para el programa de Bendiciones Adicionales para ese embarazo, o para las complicaciones derivadas de ese embarazo.

E. Cuidados de bienestar infantil

Medi-Share valora ampliamente la importancia de la familia y quiere que los recién nacidos y niños reciban los mejores cuidados posibles en las primeras etapas de sus vidas. Compartir los cuidados rutinarios de bienestar infantil es una opción elegible hasta que el niño alcance los seis años. Los cuidados de bienestar infantil son definidos como revisiones recomendadas y de rutina y los exámenes de laboratorio asociados, excluyendo inmunizaciones y/o vacunas.

F. Embarazos de madres solteras

Los miembros están de acuerdo en que el sexo debe practicarse exclusivamente dentro de un matrimonio cristiano bíblico. Por lo tanto, los gastos médicos de maternidad para los recién nacidos concebidos fuera de un matrimonio no son elegibles para ser compartidos. Los embarazos que resulten de una violación reportada a una autoridad pública son la única excepción.

Para alentar y soportar la preservación de la vida de estos niños que están por nacer, Christian Care Ministry está dedicado a asistir en la prestación de servicios de maternidad y adopción a través de organizaciones cristianas.

VIII. ADOPCIÓN

El programa de Medi-Share permite a los miembros compartir los costos asociados con la adopción. Hasta dos eventos de adopción pueden ser compartidos por hogar miembro. La adopción de varios niños al mismo tiempo se considera un único evento. Las opciones de compartir están disponibles de acuerdo con la siguiente tabla. En el caso de las adopciones, la AHP no tiene que ser cubierta para que se puedan compartir costos. Los niños que están siendo sujetos del proceso de adopción no pueden tener vínculos sanguíneos con el cónyuge que está procesando la adopción.

Porción Anual por Hogar (AHP)	Límite a compartir por adopción
\$3,000	\$4,100
\$4,250	\$3,600
\$5,500	\$3,100
\$8,000	\$2,100
\$10,500	\$1,100

* La opción de compartir los costos de adopción no está disponible para los miembros con una AHP de \$1,000 y \$1,750.

El primer evento es elegible para ser compartido después de que el miembro comparte a un nivel establecido para dos o más personas durante 24 meses continuos antes de que la adopción se finalice.

El segundo evento solamente se considerará para ser compartido si:

- La membresía ha sido continua desde que se finalizó y compartió el primer evento de adopción, y

- al menos 12 meses han pasado desde que se finalizó el primer evento de adopción hasta que se finalizó el segundo evento de adopción, y
- se ha compartido a un nivel establecido para dos o más personas durante todo el período de los eventos de adopción.

Un niño adoptado que califique para una membresía seguirá estando sujeto a las mismas limitaciones que los demás nuevos miembros.

Si han sido miembros durante los tiempos que se establecen arriba, los miembros pueden aplicar para el programa de Bendiciones Adicionales (ver Sección VI. L.) para recibir asistencia monetaria adicional para los costos de adopción después del segundo evento de adopción. Las Bendiciones Adicionales no pueden exceder el límite original para compartir gastos de adopción por programa, conforme se describe en la tabla de arriba.

IX. CONDICIONES PARA COMPARTIR

Medi-Share no es un sustituto de los seguros requeridos por la ley

Medi-Share no es un seguro. Sin embargo, Medi-Share puede ser utilizado como un sustituto o exención de la cobertura de seguros obligatoria bajo las siguientes circunstancias:

- para satisfacer el mandato federal que entró en vigencia el 1 de enero, 2014, en el que se requiere que los “individuos aplicables” mantengan “una cobertura [de seguros] mínima esencial”;
- para satisfacer el requerimiento en Massachusetts de mantener una “cobertura [de seguros] mínima acreditable”.

Estas son solamente excepciones. De lo contrario, los miembros no deben afirmar que Medi-Share es un seguro para evitar comprar los seguros que requieran las leyes, reglas o regulaciones (por ejemplo, seguro de compensación de trabajadores o seguros por actividades deportivas).

X. ACCIDENTES EN VEHÍCULOS MOTORIZADOS

A. Edad, equipos de seguridad y estilo de vida

Si ocurre un accidente en un vehículo motor o aeronave, hay algunas consideraciones adicionales en cuanto a la elegibilidad de gastos. El diagnóstico y tratamiento de lesiones no será elegible para ser compartido si cualquiera de las siguientes premisas aplica:

- Ha habido un abuso de alcohol o drogas legales, o uso de drogas ilegales.
- El vehículo o aeronave fue utilizado en una carrera, para realizar un truco o acrobacia, o para cometer un delito.
- La edad mínima del operador recomendada por el fabricante o requerida por la ley no ha sido respetada.

Estos lineamientos aplican sin importar si el miembro estaba operando el vehículo o era un pasajero.

Se espera que se utilicen cascos y cinturones de seguridad cuando sean obligatorios legalmente. Si alguno de los dos equipos de protección era obligatorio legalmente pero no estaba siendo utilizado, los miembros tendrán una porción de miembro adicional. La cantidad adicional será calculada sobre la base de un 15% de los primeros \$100,000 de facturas médicas elegibles relacionadas con el accidente vehicular o de aeronave. Este 15% se suma a la AHP del miembro.

B. Accidentes de motocicleta

Un miembro puede recibir hasta \$100,000 para compartir en facturas médicas elegibles para un diagnóstico o tratamiento de lesiones de accidentes de motocicleta incurridos en un período de 12 meses. Una motocicleta se define como un vehículo motorizado de dos ruedas con un motor de al menos 50 centímetros cúbicos. Los miembros que resulten lesionados por ir en una motocicleta utilizada para realizar trabajos de misiones fuera de los Estados Unidos están exentos de este límite de \$100,000.

C. Reporte de lesiones

Los miembros deben llamar a servicios de miembros (800-264-2562) para reportar los detalles de las lesiones derivadas de accidentes vehiculares motorizados. Los siguientes documentos pueden ser necesarios para determinar la elegibilidad a la hora de compartir costos:

- Una copia de la póliza de seguro de un vehículo o aeronave propietarios (o el contrato, en caso de que haya sido alquilado).
- Un reporte oficial del accidente.
- Registros médicos relacionados con el cuidado y transporte del miembro lesionado.
- La información que pertenezca a otros vehículos o partes que estén involucrados en el accidente.

XI. CUANDO UN MIEMBRO FALLECE

Se han implementado provisiones cuando un miembro fallece para ayudar a suavizar la carga sobre la familia. Hasta \$5,000 de los costos finales que se enumeran abajo son elegibles para ser compartidos si el miembro cumplía con las calificaciones de membresía en el momento de la muerte.

Los gastos finales elegibles para ser compartidos se limitan a los siguientes:

- Embalsamamiento
- Cremación
- Ataúd
- Lápida
- Parcela de sepultura
- Costos del director de la funeraria
- Flores
- Gastos de transporte del cuerpo del miembro

Las facturas originales y una copia del certificado de defunción deben ser entregadas a CCM dentro de un año del fallecimiento del miembro.

Hasta \$5,000 en gastos fúnebres para mortinatos (bebés que nacen fallecidos) son elegibles para ser compartidos por cada embarazo.

XII. MEDI-SHARE ES UN APOYO SECUNDARIO A OTRAS FUENTES

A. Miembros autorizados para acceder a seguros u otros beneficios

Participar en un programa de compartir costos de la salud tiene muchos beneficios. Sin embargo, es importante que los miembros comprendan que Medi-Share no es un seguro. Si un miembro está asegurado o es elegible/califica para cualquiera de los siguientes, el miembro debe cooperar con Medi-Share a la hora de hacer las gestiones que le permitan acceder a tales pagos:

- Compensación de trabajadores
- Beneficios fraternales diseñados para pagar la totalidad o una parte de las facturas médicas

Estos recursos deben agotarse antes de que las facturas médicas puedan ser consideradas para ser compartidas.

B. Lesiones en la propiedad de otra persona

Si un miembro resulta lesionado en la propiedad de otra persona, lo siguiente aplicará:

- Se alienta a que los miembros trabajen con CCM para procesar un reclamo en contra del dueño de la propiedad.

XII. MEDI-SHARE ES UN APOYO SECUNDARIO A OTRAS FUENTES

(CONTINUACIÓN)

- Si la lesión es un resultado de un incidente elegible para la compensación de trabajadores o negligencia de parte del dueño de la propiedad, el miembro debe cooperar con CCM para procesar tal reclamo antes de que las facturas médicas sean consideradas para ser compartidas.

C. Medi-Share y Subrogación

Christian Care Ministry, Inc. (“CCM”), para el beneficio de todos sus miembros, será subrogado por cualquiera y todos los derechos que un miembro tenga en contra de todas y cualquiera de las partes responsables por generar las lesiones o enfermedades por las cantidades que los miembros consideren o para beneficio del miembro, incluyendo cualquiera y todos los montos de dinero pagados (o pagables) a o en nombre del miembro, y sin importar si se ha compensado por completo al miembro. CCM, para el beneficio del miembro, también recibirá un reembolso por cualquiera de los montos que los miembros reciban directamente o en su nombre como resultado de lesiones o enfermedades que resulten de las acciones o responsabilidad de una tercera parte, y/o que resulten en un acuerdo, juicio u otra recompensa o recuperación en nombre de un miembro

por parte de los autores de los daños, incluyendo cualquier persona o entidad responsable de indemnizar al miembro. Los derechos de subrogación de CCM para el beneficio de los miembros se enumeran abajo y la membresía de un miembro en Medi-Share está condicionada al cumplimiento de los siguientes términos y condiciones.

(1) Una vez que los miembros hayan hecho un pago de cualquier cantidad a o en beneficio de un miembro, CCM recibirá un gravamen para el beneficio de los miembros por las ganancias de cualquier pago, acuerdo, sentencia u otra remuneración recibida por el miembro de una tercera parte, persona o entidad que haya sido responsable de los daños, y el miembro, por medio del presente, está de acuerdo con la aplicación de este gravamen y con tomar cualquier acción o paso necesario para asegurarlo y ayudar a CCM a recuperar el mismo monto;

(2) para el beneficio de los miembros, a CCM se le otorga el derecho específico del reembolso de cualquier ganancia obtenida de un acuerdo, juicio u otro pago por una tercera parte, persona, o entidad autora de daños que se emita a o en nombre del miembro. Hasta que se reciba el reembolso por completo, CCM tiene derecho de saldar las cuentas en contra de cualquier solicitud de compartir costos elegibles por parte del miembro o cualquier miembro de la familia miembro para recuperar el monto reembolsado en nombre de los miembros. El derecho de reembolso es separado y distinto a los derechos

de subrogación de CCM y se limita solamente al monto real que haya sido ofrecido por los miembros a o en beneficio del miembro;

(3) el miembro y su abogado, en caso de tenerlo, deberán ejecutar y firmar un contrato de subrogación con CCM y cualquiera y todos los demás instrumentos, documentos o papeles necesarios para hacer efectivos y/o asegurar la subrogación y los derechos de reembolso;

(4) el miembro está de acuerdo con y está obligado a cooperar con CCM y/o cualquiera y todos los representantes de CCM, incluyendo colaborar en asesorías de subrogación, completar una exploración, atender a las declaraciones, y/o asistir o cooperar en los juicios para hacer efectivos los derechos de subrogación de CCM en beneficio de todos los miembros. Adicionalmente, el miembro no deberá hacer nada que perjudique los derechos de subrogación mencionados anteriormente. El miembro debe ofrecer libremente cualquiera y toda la información relacionada con cualquier accidente que CCM o su asesor de subrogación o sus representantes consideren necesaria para investigar por completo las lesiones o enfermedades o que pueda afectar estos derechos de subrogación.

(5) Los derechos de subrogación, reembolso y gravámenes de CCM, como se afirma arriba, aplican a cualquier recuperación que logre el miembro como resultado de las lesiones o

enfermedades sufridas y cuyos montos hayan sido otorgados a o en beneficio del miembro por parte de otros miembros, incluyendo, sin limitarse solo a ello:

(a) cualquier asignación, acuerdo o beneficio pagado bajo las leyes de compensación de trabajadores;

(b) cualquiera y todos los pagos hechos directamente por una tercera parte, persona o entidad autora de los daños, o cualquier empresa de seguros en nombre de la tercera parte autora de los daños, o cualquier pago o cuota hecha al miembro en nombre de la tercera parte, persona o entidad autora de los daños responsable por la indemnización de la tercera parte autora de los daños;

(c) cualquier asignación derivada de un proceso de arbitraje, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados, u otros beneficios pagados por una empresa de seguros bajo cualquier póliza de cobertura de motorista sin seguro o seguro insuficiente, bien sea en nombre del miembro, su empleador o cualquier otra persona;

(d) cualquier otro pago designado, definido, asignado o con intención de ser pagado al miembro como compensación, restitución, o remuneración por las lesiones sostenidas o enfermedades sufridas como resultado de negligencia, o responsabilidad, incluyendo por contrato, de una tercera parte.

(6) Ningún miembro puede asignar derechos o causas de acción en contra de una tercera parte, persona o entidad autora de los daños, que le permitirían al miembro recuperar gastos médicos u otros daños sin el consentimiento previo expreso y por escrito de CCM. La subrogación de CCM y derechos de reembolso para el beneficio de los miembros de Medi-Share aplican incluso cuando el miembro ha fallecido como resultado de sus lesiones y se está haciendo valer una demanda de muerte por negligencia o de superviviente en contra de la tercera parte autora de los daños bajo las leyes de cualquier estado. El derecho de CCM de recuperar cualquier monto de subrogación o reembolso aplicará hacia cualquier acuerdo, recuperación o causa de acción propiedad u obtenida por un descendiente, menor, persona incompetente o discapacitada.

(7) El derecho de subrogación y reembolso de CCM, como se establece en lo anterior, no se verá afectado, reducido o eliminado por la “doctrina de indemnización integral” o cualquier otra doctrina equivalente o ley que requiera que el miembro sea “indemnizado integralmente” antes de la aplicación de los derechos de subrogación. Adicionalmente, está prohibido que un miembro o sus beneficiarios lleguen a un acuerdo en una demanda en contra de una tercera parte en cuanto a ciertos elementos de los daños, pero descarten los daños relacionados a los gastos médicos en los que haya incurrido.

(8) El derecho de subrogación y reembolso de CCM para el beneficio de los miembros no se verá reducido o afectado como resultado de cualquier culpabilidad o demanda por parte del miembro, bien sea bajo la doctrina de causalidad imperativa, culpa comparativa o negligencia contribuyente, o cualquier otra doctrina legal similar. De la misma forma, cualquier “estatuto

de reducción de gravámenes” que busque aplicar tales leyes para reducir la recuperación y subrogación por cualquier razón, incluyendo negligencia contribuyente, no será aplicable a CCM y no reducirá la recuperación de subrogación CCM. Los montos ofrecidos a o en beneficio de un miembro por parte de otros miembros son secundarios a cualquier beneficio o cobertura ofrecidos por una ley “sin culpabilidad”, legislaciones similares o seguros “sin culpabilidad”.

(9) Después de haber ofrecido a CCM una copia de su acuerdo de tarifas con el miembro y una copia del acuerdo final, sentencia, consignación de arbitraje y otros documentos que evidencien una recuperación obtenida en nombre del miembro, el abogado del miembro, de haberlo, puede reducir el gravamen de CCM por un monto igual al monto menor de (1) la cuota proporcional de los honorarios reales de abogado incurridos en la obtención de la recuperación en nombre del miembro o (2) el treinta y tres por ciento (33%). A excepción de lo establecido en la oración anterior, CCM no será responsable de ningún gasto, tarifa, costo, u otros montos de dinero incurridos por el abogado del miembro o sus beneficiarios, lo que se conoce comúnmente como la doctrina de fondos comunes. El miembro tiene la prohibición explícita de incurrir en cualquier gasto, costo o tarifa en nombre de CCM en consecución de sus derechos de recuperación en contra de terceras partes o los derechos de subrogación/reembolso de CCM conforme se ha establecido en el presente. Ningún costo derivado de la actividad en tribunales, honorarios de expertos, tasas de registro u otros costos o gastos asociado con el litigio pueden ser deducidos de la recuperación de CCM para el beneficio de los miembros de Medi-Share.

lo que se conoce comúnmente como la doctrina de fondos comunes. El miembro tiene la prohibición explícita de incurrir en cualquier gasto, costo o tarifa en nombre de CCM en consecución de sus derechos de recuperación en contra de terceras partes o los derechos de subrogación/reembolso de CCM conforme se ha establecido en el presente. Ningún costo derivado de la actividad en tribunales, honorarios de expertos, tasas de registro u otros costos o gastos asociado con el litigio pueden ser deducidos de la recuperación de CCM para el beneficio de los miembros de Medi-Share.

XIII. APELACIONES

A. Imparcialidad

Christian Care Ministry atiende a los miembros que comparten las cargas de sus compañeros cristianos. CCM no recibe ninguna recompensa financiera al determinar que una factura médica no es elegible para ser compartida entre los miembros. CCM es una corporación sin fines de lucro, reconocida como exenta de impuestos de acuerdo con la Sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas. CCM no tiene propietarios, accionistas o inversionistas. CCM lleva a cabo imparcialmente los deseos de sus miembros, conforme se expresa en estas directrices de Medi-Share.

B. Apelación de las decisiones de compartir costos

Un miembro puede apelar las decisiones de compartir costos con las que no esté de acuerdo. Antes de apelar, el miembro deberá reflexionar y rezar cuidadosamente para determinar si piensa honestamente que se ha cometido un error. Los miembros tienen 90 días a partir del día en que se toma la decisión en cuestión para solicitar una revisión por parte de CCM.

Un miembro puede emitir una apelación si piensa que:

- Los registros médicos se interpretaron incorrectamente,
- las directrices fueron aplicadas incorrectamente, o
- uno o más de los proveedores del miembro registró incorrectamente la historia médica del miembro.

Después de una revisión por parte de CCM, si el miembro está en desacuerdo con la decisión de CCM, el miembro tiene 90 días para solicitar una revisión por parte de un panel de apelaciones de miembros compuesto por siete personas. CCM y el miembro enviarán una declaración por escrito al panel. Una teleconferencia será realizada y el panel podrá hacer preguntas al miembro y a CCM. La decisión se tomará utilizando una votación mayoritaria (cuatro de siete).

C. Mediación y arbitraje según los principios bíblicos

Como cristianos, los miembros y el personal de Christian Care Ministry creen que la Biblia establece que se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para vivir en paz y resolver las disputas en privado o dentro de la comunidad cristiana de conformidad con lo establecido en los pasajes bíblicos: Primera Carta a los Corintios 6:1-8, Mateo 5:23-24, y Mateo 18:15-20. Por lo tanto, las partes están de acuerdo en que cualquier disputa o reclamo que surja de, o en relación con, este acuerdo o cualquier aspecto de este, incluyendo reclamos bajo las leyes federales, estatales, locales o comunes, el derecho contractual o derecho de responsabilidad civil, que queden después de haber agotado sus apelaciones, conforme se define en la Sección XIII. B., incluyendo la determinación de si esta provisión de arbitraje es válida, deberá ser resuelto a través de una mediación basada en los principios bíblicos. La mediación deberá ser conducida en concordancia con el Reglamento para la Conciliación Cristiana del Instituto de Conciliación Cristiana, una división de Peacemaker Ministries, en la que cada parte deberá asumir sus propios costos, honorarios de abogados y 50% de las tasas de mediación, y la tarifa de registro de mediación será cubierta por CCM.

Si la resolución de la disputa y reconciliación no resultan de la mediación, el asunto deberá ser entregado a un árbitro independiente y objetivo para iniciar un proceso de arbitraje vinculante. Las partes están de acuerdo en que el proceso de arbitraje también será llevado a cabo en concordancia con el Reglamento para la Conciliación Cristiana, cada parte deberá asumir sus propios costos, honorarios de abogados y 50% de las tasas de mediación, y la tarifa de registro de mediación será cubierta por CCM. Cada parte deberá estar de acuerdo con la selección del árbitro. Si hay alguna discrepancia en la selección del árbitro, las partes están de acuerdo en que el Instituto para la Conciliación Cristiana será el encargado de elegir al árbitro.

Las partes están de acuerdo en que estos métodos de resolución de disputas deberán ser la única medida de remedio o compensación para cualquier controversia o demanda que surja de este acuerdo, y expresamente renuncian a su derecho de introducir una demanda en contra de la otra parte frente a un tribunal civil por tales disputas, a excepción de la aplicación de una decisión de arbitraje vinculante.

Glosario de Términos



Porción Anual por Hogar (AHP) – el monto en dólares que un hogar miembro debe pagar en facturas médicas elegibles durante un período de 12 meses antes de que las facturas médicas elegibles sean aprobadas para ser compartidas. El período de 12 meses de la AHP comienza con la fecha de entrada en vigencia.

Matrimonio cristiano bíblico - un matrimonio que es la unión de un hombre y una mujer (Génesis 2:22-24, Mateo 19:5, Efesios 5:22-32).

Factura aprobada para ser compartida - una factura médica elegible que cumpla con los criterios para compartir de acuerdo con las directrices y que cumpla con otras condiciones para ser compartida, incluyendo si la AHP del miembro ha sido cubierta y si otros límites para compartir no han sido excedidos.

CMS - Centers for Medicare & Medicaid Services es una organización reconocida nacionalmente y ofrece listas de proveedores, servicios, procedimientos y centros calificados para asegurar que se cumplan determinados criterios de seguridad para los beneficiarios que reciben estos servicios.

Fecha de cancelación - el día y mes en que la membresía culmina por el retiro de un miembro, por razones que incluyan no haber cumplido con las directrices o no haber pagado las cuotas mensuales.

Fecha de vigencia o vigor - el mes y día en que comienza la membresía o el mes y día del cambio más reciente en la Porción Anual por Hogar (AHP). La fecha de vigencia es utilizada para determinar cuándo comienza y termina el período de 12 meses para fines de la Porción Anual por Hogar.

Elegible para ser compartido - cualquier prueba, tratamiento, procedimiento o servicio que cumpla con los criterios para ser compartido conforme lo establecen estas directrices.

Facturas médicas elegibles - una factura médica incurrida que cumpla con los criterios para ser compartida conforme lo establecen las directrices. La factura médica elegible será reducida en función de cualquier descuento, tasa u otras fuentes de pago.

Explicación de Gastos Compartidos (EOS) - una declaración para los miembros y proveedores que refleja cómo se procesan las facturas médicas. La EOS reporta cuánto de la factura ha sido compartida, cuánto más ha sido descontado a través de la red PPO, y la cantidad que es responsabilidad del miembro, de haberla.

FDA - la Administración de Alimentos y Fármacos es responsable por proteger la salud pública asegurando la seguridad y eficacia de los fármacos para uso humano y veterinario, productos biológicos, dispositivos médicos, la provisión alimentaria de nuestro país, cosméticos, y productos que emiten radiación.

Drogas ilegales - drogas o fármacos clasificados como Cronograma 1 en la Ley 1 del Código de Sustancias Controladas de Estados Unidos.

Incidente - la ocurrencia de una enfermedad o lesión o cuando un miembro requiere un diagnóstico de síntomas y tratamiento para una condición específica.

Miembro - un miembro de Medi-Share, incluyendo cada uno de los miembros de la familia que participen en un hogar miembro.

Hogar miembro - cada miembro que participe en Medi-Share con su familia inmediata bajo la misma cuota mensual y AHP. Un miembro individual también es considerado un hogar miembro.

Cuota mensual - el monto en dólares con el que un miembro fielmente contribuye, incluyendo su Porción Mensual Compartida y Porción Administrativa Mensual. La cuota mensual está sujeta a cambios sin aviso previo.

- Porción Mensual Compartida - el monto en dólares de la cuota mensual con el que se pagan todas o parte de las facturas médicas elegibles de otro miembro.
- Porción Administrativa Mensual - el monto en dólares de la cuota mensual que es transferido a CCM para cubrir los gastos administrativos.

Notificación al compartir - el acto de notificar a la membresía de una factura médica elegible que está aprobada para ser compartida.

Preexistente - una señal, síntoma, diagnóstico, prueba (incluyendo pruebas de laboratorio y/o estudios de radiología), medicamentos o tratamiento de una condición que un miembro tiene antes del inicio de la membresía.

Tasa de proveedores - la porción de una factura médica que un miembro paga en cada visita a un proveedor médico, que aplica incluso después de que se ha cumplido o excedido la Porción Anual por Hogar (AHP). La tasa de proveedor no aplica para la AHP. La tasa de proveedor es un pago inicial que se acumula en el total de los cargos de consultas.

Señal - una observación objetiva o descubrimiento.

Estándares de cuidados – un tratamiento aceptado por los expertos médicos como un tratamiento adecuado para determinados tipos de enfermedades y que es ampliamente utilizado por los profesionales de los cuidados de la salud.

Síntoma - una experiencia subjetiva, observación o descubrimiento.



MANTÉNGASE CONECTADO Y ENVÍENOS UN SALUDO



✉ P.O. Box 120099 • West Melbourne, FL 32912-0099

📱 (800) PSALM 23 (800-772-5623)

🌐 MyChristianCare.org