

**FONDO DE SALUD DEL CONSEJO DE
DISTRITO N.º 51
DE I.U.P.A.T.**

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

1 de mayo de 2019

JUNTA DIRECTIVA DEL FIDEICOMISO

FIDEICOMISARIOS DEL SINDICATO FIDEICOMISARIOS DEL EMPLEADOR

Lynn Taylor, Jr.
Charles Parker
Derwin Scalph
Manuel Rauda

Tom Kousisis

ADMINISTRADOR DE CONTRATOS

Zenith American Solutions
3 Gateway Center
401 Liberty Ave., Ste. 1200
Pittsburgh, PA 15222-1024

CONSEJERO LEGAL

Barr & Camens
1025 Connecticut Avenue, NW
Suite n.º 712
Washington DC 20036

CONTADORES

Haley & Asociados
Contadores Públicos Certificados
5000 Sunnyside Avenue, Suite 304
Beltsville, MD 20705

A todos los empleados cubiertos:

1 de mayo de 2019

Este folleto describe los beneficios ofrecidos a los empleados elegibles y sus dependientes en virtud del Fondo de Salud del Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT.

Los beneficios del Plan generalmente cubren la mayoría de sus facturas hospitalarias y quirúrgicas. Su plan también paga beneficios por gastos dentales, de la vista y de medicamentos recetados. Además, se proporcionan beneficios por muerte y beneficios de ingresos por incapacidad para los empleados como se especifica en este folleto.

Los beneficios de salud y los beneficios de ingresos semanales por incapacidad se pagan solo en relación con una lesión o enfermedad que se origina en el trabajo. Los beneficios por muerte accidental y desmembramiento se pagan independientemente del origen de la lesión o enfermedad.

Por simplicidad y consistencia, el pronombre masculino “él” se usa en esta Descripción resumida del plan. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que todas las referencias a “él” están destinadas a ser aplicadas tanto a los participantes masculinos como femeninos y a sus dependientes elegibles. Bajo ninguna circunstancia, ninguna de las especificaciones de la Descripción resumida del plan que se incluyen a continuación se aplica solo al género masculino de forma independiente.

Aunque este folleto es un resumen detallado de las disposiciones del Plan, no es un contrato. No contiene el Acuerdo y Declaración de Fideicomiso detallado ni el Acuerdo de Negociación Colectiva asociado. Estos documentos rigen además la operación y administración de este plan. El Plan debe interpretarse de acuerdo con estos documentos, que están disponibles para su inspección en la Oficina del Fondo o en la Oficina del Sindicato Local.

Tenga en cuenta que la Junta Directiva se reserva el derecho de modificar, enmendar o cancelar los beneficios de forma periódica, y el programa de beneficios que figura en este documento está sujeto a modificaciones por parte de la Junta de Fideicomisarios. La Junta Directiva también puede a su criterio interpretar el plan de beneficios y documentos relacionados, y tiene la autoridad para tomar decisiones objetivas en la administración del plan, incluida la autoridad para realizar determinaciones con respecto a la elegibilidad de los beneficios y decisiones con respecto a si ciertos tratamientos médicos se encuentran dentro de los términos del plan. Las decisiones de la Junta Directiva son definitivas y vinculantes, y están sujetas a los derechos legales de apelación que puedan existir para los participantes.

Lo instamos a que lea detenidamente su folleto del Plan para que esté familiarizado con los beneficios a los que tiene derecho y con los requisitos de elegibilidad del Plan. Esperamos que comparta nuestro orgullo por su Plan y la medida de seguridad que brinda a quienes trabajan en la industria.

Atentamente.

JUNTA DIRECTIVA DEL FIDEICOMISO

ÍNDICE

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	6
ELEGIBILIDAD.....	10
ELEGIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS.....	10
Elegibilidad inicial	10
Elegibilidad continuada	10
Continuación de la elegibilidad por contribuciones personales.....	11
Continuación de emergencia	11
ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES.....	12
ELEGIBILIDAD DE LOS JUBILADOS	12
Contribuciones personales para los jubilados que regresan al trabajo.....	14
FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA.....	14
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA	15
Cuando la continuación de cobertura de COBRA está disponible	16
Usted debe dar aviso de algunos eventos habilitantes	16
Duración de la cobertura de COBRA	17
Extensión del período de 18 meses de continuación de cobertura.....	17
Cómo elegir la continuación de cobertura de COBRA.....	18
Pagar por la continuación de cobertura de COBRA	19
Cuando termina la continuación de cobertura de COBRA.....	19
Si tiene preguntas	20
Mantener el fondo informado de los cambios de dirección.....	20
Cómo contactar al fondo.....	20
COBERTURA MIENTRAS SE ENCUENTRA CON LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA.....	20
COBERTURA MIENTRAS SE ENCUENTRA CON LICENCIA MILITAR.....	23
RESUMEN DE BENEFICIOS PARA PARTICIPANTES Y DEPENDIENTES ELEGIBLES.....	24
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	24
RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS	26
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	27
Certificación de preadmisión y revisión simultánea	28

Manejo de casos	28
Información adicional	29
PROVEEDORES NO PREFERIDOS	29
PRINCIPALES BENEFICIOS EN GASTOS MÉDICOS.....	29
Máximo de gastos de bolsillo	30
Período de beneficio.....	30
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	30
Aviso sobre la Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer	31
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS.....	32
ADMISIONES EN UN HOSPITAL	34
Verificación de elegibilidad.....	34
Hospitalización	34
Aviso sobre la Ley de protección de la salud de madres y recién nacidos	35
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	35
Accidente o enfermedad de emergencia	35
Enfermedad ambulatoria	35
Cirugía ambulatoria no de emergencia	35
Ambulancia.....	36
SERVICIOS PREVENTIVOS	36
ENFERMEDAD MENTAL, PSICONEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS	36
BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	37
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....	37
PROGRAMA DE BENEFICIOS	38
MEDICAMENTOS CUBIERTOS	39
NUEVAS FUNCIONES DEL PROGRAMA VOLUNTARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS	40
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS	41
BENEFICIOS DENTALES	43
ATENCIÓN PREVENTIVA	43

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN.....	43
ORTODONCIA	44
SERVICIOS PRINCIPALES	44
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS DENTALES	44
BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA	45
PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER ATENCIÓN DE LA VISTA EN ESTE PROGRAMA	45
SERVICIOS DE LA VISTA CUBIERTOS	46
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LA VISTA	47
EXCLUSIONES GENERALES PARA TODOS LOS BENEFICIOS.....	48
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SALUD.....	48
COORDINACIÓN CON OTROS PLANES DE SALUD COLECTIVO	48
Reglas especiales para los hijos dependientes.....	49
Cómo se coordinan los beneficios.....	49
COORDINACIÓN CON MEDICARE	50
Está empleado activamente y usted o su cónyuge tienen 65 años o más.....	50
Está jubilado y usted o su cónyuge tienen 65 años o más	50
Usted, su cónyuge o su dependiente tienen enfermedad renal en etapa terminal	50
Usted, su cónyuge o su dependiente están incapacitados	51
BENEFICIOS POR MUERTE Y BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	51
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	51
BENEFICIOS POR MUERTE	52
Cómo presentar una reclamación	52
BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) .	52
Exclusiones del Beneficio por muerte y del Beneficio por AD&D	53
Cómo presentar una reclamación	53
INGRESOS POR INCAPACIDAD/BENEFICIOS POR TIEMPO PERDIDO	53
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	53

BENEFICIOS DE INGRESOS SEMANALES POR INCAPACIDAD.....	53
Incapacidad continua – Incapacidad nueva	53
Cómo presentar una reclamación	54
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y REVISIÓN DE POLÍTICAS	54
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN PARA BENEFICIOS DE SALUD E	
INGRESOS SEMANALES POR INCAPACIDAD	54
Consultas sobre reclamaciones.....	54
Plazos	55
Definiciones aplicables	55
Presentación de reclamaciones iniciales de beneficios	55
Determinaciones de reclamaciones iniciales	57
Si su reclamación es denegada	59
Revisión de reclamaciones denegadas	60
Determinación sobre la apelación	61
Designación de un representante autorizado	62
Revisión externa:	63
Reclamaciones fraudulentas	64
REVISIONES DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS,	
APELACIONES Y REVISIONES EXTERNAS.....	64
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS POR MUERTE Y	
POR MUERTE Y DE MUERTE ACCIDENTAL	68
Determinaciones de reclamaciones iniciales	69
Revisión de reclamaciones denegadas	69
Si su reclamación se basa en la muerte o desmembramiento	70
Si su reclamación se basa en una incapacidad.....	70
DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO	71
Reclamaciones fraudulentas	71
DISCRECIÓN Y AUTORIDAD DE LOS FIDEICOMISARIOS A PRESENTAR	71
DECISIONES FINALES Y VINCULANTES	71
REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS, DETERMINACIONES O ACCIONES DEL	
FONDO QUE NO IMPLICAN RECLAMACIONES POR BENEFICIOS	71
REEMBOLSO Y SUBROGACION	72
DERECHOS DE REEMBOLSO DEL PLAN	72
Pérdidas, afecciones o gastos médicos futuros.....	73
LOS DERECHOS DE SUBROGACIÓN DEL PLAN	74

INFORMACIÓN GENERAL Y SUS DERECHOS DE ERISA.....	75
Información administrativa.....	75
 SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS POR JUBILACIÓN PARA LOS EMPLEADOS DE 1974 (ERISA)	 77
Recibir Información sobre su plan y los beneficios.....	77
Continuar la cobertura del plan de salud colectivo	77
Acciones prudentes de los fiduciarios del plan	78
Haga valer sus derechos.....	78
Ayuda con sus preguntas	78

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Acuerdo y declaración del fideicomiso: el Acuerdo Actualizado y la Declaración de Confianza, Fondo de salud del Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT, actualizado el 31 de octubre de 1981 y sus modificaciones periódicas.

Médico de cabecera: el médico que asume la responsabilidad principal del cuidado y tratamiento de una persona cubierta.

Centro de parto: un establecimiento con licencia establecido, equipado y operado bajo la dirección de un médico únicamente como un entorno para la atención prenatal, el parto y la atención posparto inmediata.

Junta Directiva o Fideicomisarios: la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Salud del Consejo del Distrito n.º 51 de IUPAT.

Acuerdo de Negociación Colectiva: los contratos o acuerdos laborales, y sus modificaciones, entre el Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT y los Empleadores suscritos, que cubren los términos y condiciones de las contribuciones al Fondo Fiduciario.

Compañía o Compañía de Seguros: con respecto a los beneficios del seguro de vida o muerte accidental y desmembramiento, “Compañía de Seguros” significa una compañía contratada por el Fondo para proporcionar beneficios del Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento.

Administrador de Contratos: la persona o las personas designadas por la Junta Directiva del Fideicomiso para administrar el Plan diariamente.

Empleador contribuyente: un empleador que ha aceptado hacer contribuciones a este Fondo Fiduciario de acuerdo con los términos y condiciones del Acuerdo de Negociación Colectiva u otro acuerdo por escrito.

Empleo Cubierto: trabajo para el cual se requiere que un Empleador Contribuyente realice contribuciones al Fideicomiso en virtud del Acuerdo de Negociación Colectiva.

Persona Cubierta: ya sea el Participante, el Jubilado o el Dependiente Elegible del Jubilado o del Participante que está cubierto por el Plan, a menos que se especifique lo contrario.

Deducible: el monto de los gastos de bolsillo para los gastos cubiertos que debe pagar una Persona Cubierta. Los gastos que excedan el nivel usual, habitual y razonable no se incluyen en el monto deducible.

Incapacidad: su incapacidad completa para realizar sustancialmente todos los deberes de su ocupación debido a un impedimento físico o mental médicamente determinado, según lo certificado por un médico. Para los dependientes elegibles, incapacidad significa la incapacidad completa para realizar sustancialmente todas las funciones y actividades normales de una persona del mismo sexo y edad y que goza de buena salud.

Fecha de Entrada en Vigencia: originalmente el 15 de mayo de 1955. Este folleto describe los beneficios vigentes a partir del 1 de mayo de 2019.

Dependiente elegible: cualquiera de las siguientes personas que no está empleada por un Empleador Contribuyente y que puede estar cubierta por los beneficios proporcionados por el Fondo Fiduciario:

- Su cónyuge legal, o
- Su hijo menor de 26 años. “Hijo” significa un hijo natural, hijastro, hijo adoptivo, niño adoptado legalmente, un niño que es colocado con usted en adopción (incluso si la adopción aún no es definitiva) o un niño que está bajo su tutela.

Además, se requiere que el Plan reconozca los decretos, sentencias u órdenes (incluidas las liquidaciones) que el Plan considera que son Órdenes de Manutención Médica Infantil Calificadas ("QMCSO") según lo definido en la Sección 609 de ERISA. Los QMCSO dirigen a un Participante para proporcionar cobertura de beneficios de salud para los hijos dependientes, incluso si el Participante no tiene la custodia de los hijos. Si tiene preguntas sobre estas órdenes especiales o desea obtener una copia de los procedimientos QMCSO del plan, debe comunicarse con la Oficina del Fondo.

Participante elegible: Cualquier Empleado de un Empleador Contribuyente que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Junta Directiva del Fideicomiso y que esté cubierto por los beneficios proporcionados por el Fondo según las disposiciones establecidas por los Fideicomisarios más adelante en este folleto.

Empleado: una persona que está cubierta por el Acuerdo de Negociación Colectiva y que fue empleado por un Empleador Contribuyente.

Oficina del Fondo: la oficina del Administrador de Contratos del Fondo de Salud del Consejo del Distrito n.º 51 de IUPAT, c/o Zenith American Solutions, 3 Gateway Center, 401 Liberty Ave., Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222-1024, (301) 839-8800 o (800) 424-2707. Para información sobre reclamaciones, llame al (800) 242-8923.

Exclusiones generales: cualquier exclusión que se aplique a todos los beneficios del Plan, excepto por muerte y muerte accidental y desmembramiento y la atención de la vista, como se muestra en este folleto.

Plan de salud colectivo: un plan de salud colectivo, que no sea este Plan, que brinda cobertura médica con o sin seguro. Esto incluye todos y cada uno de los seguros, cuotas por planes de servicio, planes de cobertura prepagados, planes de organización de empleadores, planes fiduciarios conjuntos de administración de mano de obra, planes de bienestar sindical, cobertura bajo un programa gubernamental y cobertura requerida o proporcionada por la ley.

Beneficios de Salud: beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista.

Hospital: una institución operada legalmente, acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica, que mantiene y opera instalaciones organizadas para cirugía mayor, diagnóstico, atención y tratamiento, y proporciona instalaciones para pernoctar; instalaciones de rayos X y laboratorio; con servicios de tiempo completo de enfermeras registradas graduadas (RN); los servicios de médicos y cirujanos legalmente cualificados; y no es, aparte de incidentalmente, un lugar para descansar, un lugar para ancianos o un asilo de ancianos. Una instalación debidamente autorizada para el tratamiento de abuso de sustancias o un trastorno mental o nervioso, también se considera un hospital.

Incurrido: la fecha en que se presta un servicio o suministro.

Lesiones y enfermedades: "lesión" significa una herida o daño al cuerpo que sucede accidentalmente y por fuerza externa, ocurre directamente y es independiente de todas las otras causas. "Enfermedad" significa un trastorno o mal que resulta en una afección no saludable de la mente o el cuerpo.

Médicamente necesario: servicios o suministros proporcionados por un médico u otro proveedor médico que se utilizan para tratar una lesión o enfermedad de acuerdo con las prácticas médicas estándar que están directamente relacionadas con la atención o el tratamiento de la persona cubierta y que representan el nivel más adecuado de atención que puede ser proporcionado con seguridad. La atención hospitalaria en un hospital es "médicamente necesaria" solo si el tratamiento para la lesión o enfermedad no se puede proporcionar de manera segura en forma ambulatoria. Un servicio o suministro no se considera automáticamente como "médicamente necesario" simplemente porque un médico u otro proveedor médico lo hayan recetado.

Medicare: cualquier beneficio del seguro de salud provisto bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, y sus modificaciones.

Centro para pacientes ambulatorios: una clínica u otro establecimiento operado legalmente que mantiene y opera instalaciones para cirugía, diagnóstico y tratamiento de forma ambulatoria, y que cuenta con un personal médico que lo atiende y está compuesto por al menos un médico y un anestesiólogo (o una enfermera anestesista que trabaja bajo la supervisión de un médico). Un "Centro para pacientes ambulatorios" no incluye hogares de convalecencia, hogares de ancianos, hogares para personas necesitadas, hogares que prestan atención de enfermería o de custodia para niños en edad preescolar, enfermerías u orfanatos, sanatorios privados, hogares de maternidad para el cuidado prenatal o posnatal, instalaciones de salud mental u otros hogares o instituciones.

Médico: una persona debidamente licenciada y que actúa dentro del alcance de su licencia para practicar la medicina o realizar una cirugía, o un profesional debidamente licenciado que presta servicios que serán pagaderos por el Plan si fueron realizados por un Médico. El plan no discriminará en su cobertura según el tipo de proveedor médico que utilice, como una enfermera practicante en lugar de un médico, siempre que el proveedor tenga licencia para proporcionar los servicios que usted recibe y el servicio esté cubierto por el Plan.

Plan: el plan de beneficios y reglas de elegibilidad que mantiene el Fondo de Salud del Consejo del Distrito n.º 51 de IUPAT, y sus modificaciones periódicas.

Año del Plan: el período de 12 meses que comienza el 1 de octubre y finaliza el 30 de septiembre.

PPO u Organización de Proveedor Preferido: la organización proveedora con la que el Plan tiene contrato para reducir los costos de atención médica. La PPO celebra contratos con proveedores y centros de atención médica para brindar servicios a los participantes del Plan a precios reducidos, para reducir los costos tanto para los participantes como para el Plan. El uso de un hospital o médico que participa en el programa de PPO da como resultado el máximo de los beneficios para el participante del plan. La PPO actual del Plan es CareFirst BlueCross BlueShield.

Prestación de la PPO: la tarifa negociada y descontada de los cargos pagaderos por CareFirst BlueCross BlueShield, o cualquier otro proveedor de PPO utilizado por el Plan.

Jubilado: un exparticipante que se ha jubilado después de cumplir con las condiciones de elegibilidad para la cobertura durante la jubilación según el Plan.

Programa de beneficios: el programa de beneficios y deducibles que se muestra en este folleto.

Incapacidad total: la incapacidad total para participar en un empleo sustancial y remunerado debido a un impedimento físico o mental médicamente determinado que se espera que dure de manera permanente o indefinida, según lo certificado por un Médico.

Fondo Fiduciario, Fondo o Fideicomiso: Fondo de Salud del Consejo Distrital n.º 51 de IUPAT, c/o Zenith American Solutions, 3 Gateway Center, 401 Liberty Ave., Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222-10245, (301) 839-8800 or (800) 424-2707.

Sindicato: Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT.

Usual, habitual y razonable (UCR): el nivel prevaleciente de cargos de todos los proveedores médicos dentro de un área geográfica determinada por la misma o similar atención. La determinación estándar se realiza mediante el uso de la Asociación de Seguros Médicos de América (HIAA) percentil 80.

ELEGIBILIDAD

ELEGIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS

A fines de determinar cuándo es elegible para la cobertura en virtud del Plan, cada año calendario se divide en cuatro (4) trimestres laborales o trimestres de empleo, y cuatro (4) trimestres de beneficios o trimestres asegurados, de la siguiente manera:

Trimestre laboral o de empleo

enero/febrero/marzo

abril/mayo/junio

julio/agosto/septiembre

octubre/noviembre/diciembre

Trimestre de beneficios o asegurado

junio/julio/agosto

septiembre/octubre/noviembre

diciembre/enero/febrero

marzo/abril/mayo

ELEGIBILIDAD INICIAL

Para ser elegible inicialmente para los beneficios, debe tener un mínimo de 500 horas de servicio con un Empleador Contribuyente, mientras trabaja en un Empleo Cubierto, informado al Fondo en cuatro (4) o menos meses consecutivos. Usted será elegible el primer día del segundo mes después de completar las 500 horas de servicio y seguirá siendo elegible hasta un máximo de dos Trimestres de beneficios. Si pierde su elegibilidad por cuatro (4) o más trimestres consecutivos, se le pedirá que vuelva a cumplir con los requisitos de elegibilidad iniciales.

Se le pedirá que vuelva a cumplir con los requisitos de Elegibilidad iniciales si perdió su elegibilidad anteriormente porque su empleador no envió las contribuciones requeridas a la Oficina del Fondo.

Si queda incapacitado como resultado **SOLAMENTE por un accidente laboral** antes de cumplir con los requisitos de elegibilidad inicial, puede ser elegible haciendo una contribución personal para cubrir las horas necesarias para cumplir con los requisitos de elegibilidad Iniciales. Esta contribución personal se limitará a los máximos actualmente permitidos en virtud del mantenimiento de la elegibilidad para los participantes activos de 200 horas en cualquier trimestre laboral dado, hasta un máximo de 350 horas en cuatro trimestres consecutivos. Al cumplir con los requisitos de elegibilidad iniciales al hacer la contribución personal permitida, se aplicarán las disposiciones actuales para la Continuación de emergencia.

ELEGIBILIDAD CONTINUADA

Una vez que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad iniciales, puede seguir siendo elegible para los trimestres de beneficios sucesivos o restablecer la cobertura después de una pérdida de elegibilidad de menos de cuatro trimestres de beneficios consecutivos, al cumplir uno de los siguientes requisitos:

Si es menor de 55 años:

- Debe tener 350 horas informadas por un Empleador Contribuyente en el Trimestre Laboral calendario apropiado para ser elegible en el trimestre de beneficios correspondiente.
- Para que sea elegible en el Trimestre de Beneficios correspondiente, debe tener 700 horas informadas por un Empleador Contribuyente en los DOS Trimestres Laborales calendario consecutivos correspondientes.

- Debe tener 1,400 horas informadas por un Empleador Contribuyente en los CUATRO Trimestres Laborales calendario correspondientes para ser elegible en el Trimestre de Beneficios correspondiente.

Si tiene 55 años o más:

- Debe tener 300 horas informadas por un Empleador Contribuyente en el Trimestre Laboral calendario apropiado para ser elegible en el Trimestre de Beneficios correspondiente.
- Para ser elegible en el Trimestre de Beneficios correspondiente, debe tener 600 horas reportadas por un Empleador Contribuyente en los DOS Trimestres Laborales calendario consecutivos correspondientes.
- Debe tener 1000 horas informadas por un Empleador Contribuyente en los CUATRO Trimestres Laborales calendario correspondientes para poder ser elegible en el Trimestre de Beneficios correspondiente.

CONTINUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD POR CONTRIBUCIONES PERSONALES

Jubilados. Una persona que se retire debido a una incapacidad o que reciba una pensión en virtud del Fondo de Pensiones del Sindicato Internacional de Pintores e Industrias Afines, será elegible para todos los beneficios de salud, excluyendo el de ingresos semanales por incapacidad, siempre que las contribuciones sean realizadas por él o en su nombre. Los requisitos específicos de elegibilidad se encuentran en la sección "Elegibilidad de los jubilados" más adelante en este folleto.

Mantener la elegibilidad para los participantes activos. Se le puede permitir a un Participante Activo mantener la cobertura haciendo una contribución personal para "comprar" las horas necesarias para cumplir con los requisitos de elegibilidad. Usted puede "comprar" un máximo de 200 horas en cualquier trimestre laboral dado, hasta un máximo de 350 horas en cuatro trimestres consecutivos. Se puede hacer una contribución personal para cubrir un déficit en cualquiera de los cuatro trimestres laborales calendario anteriores para cumplir con la prueba de elegibilidad continua de uno, dos o cuatro trimestres. Además, debe ser elegible en el trimestre de beneficios anterior en el que planea hacer contribuciones personales y debe estar disponible para trabajar. Los beneficios de ingresos por incapacidad o por tiempo perdido no se proporcionan a un participante cuya elegibilidad ha continuado con base en una contribución personal. Su Contribución Personal debe recibirse en la Oficina del Fondo dentro de los 20 días posteriores a la fecha de su Historial de trabajo que informa sobre el calendario de pagos.

Continuación de Cobertura de COBRA. Un participante o dependiente, que cumpla con los requisitos para la Continuación de Cobertura según el estatuto federal conocido como "COBRA", puede continuar su elegibilidad por períodos limitados de tiempo, siempre que dicha persona elija la cobertura y pague la prima de COBRA establecida periódicamente por los Fideicomisarios. Las reglas del plan con respecto a COBRA se describen más detalladamente en la sección titulada "*Continuación de la cobertura bajo COBRA*".

CONTINUACIÓN DE EMERGENCIA

Si es elegible para recibir beneficios pero no está trabajando debido a una enfermedad o lesión, y se

ha enviado una prueba por escrito a la Oficina del Fondo, se le acreditarán 40 horas por cada semana en que reciba Ingresos Semanales por Incapacidad del Fondo o Indemnización Laboral, hasta un máximo de 26 semanas de incapacidad continua debido a una afección no relacionada con el trabajo o 52 semanas debido a una lesión relacionada con el trabajo. Se lo considerará elegible para recibir beneficios siempre que las horas acreditadas debido a su incapacidad sean suficientes para conservar la elegibilidad en virtud del Plan. Si está recibiendo Beneficios de indemnización laboral, debe presentar un comprobante por escrito de su derecho a esos beneficios para que se le acrediten las horas que figuran en esta sección.

El Plan acreditará hasta cuarenta (40) horas por semana, hasta cincuenta y dos (52) semanas, para los participantes elegibles y sus dependientes elegibles en caso de que pierdan su elegibilidad para una incapacidad por Indemnización Laboral.

Si pierde su elegibilidad debido a una incapacidad por Indemnización Laboral, usted y sus dependientes elegibles estarán cubiertos para todos los beneficios permitidos, excepto los Beneficios de Ingresos por Incapacidad Semanales.

Para determinar los beneficios del ingresos semanales por incapacidad que se le pagan, un período continuo de incapacidad incluye todos los períodos de incapacidad resultantes de la misma causa o causas relacionadas que están separadas por menos de dos semanas de trabajo continuo, a tiempo completo y activo. Los períodos de incapacidad resultantes de causas diferentes o no relacionadas se consideran períodos separados de incapacidad, independientemente de si regresa a trabajar entre cada período de incapacidad.

ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

Sus dependientes elegibles son elegibles para los beneficios siempre que usted, el empleado elegible participante, conserve su elegibilidad. La cobertura para dependientes puede continuar bajo ciertas circunstancias descritas en esta sección, o bajo COBRA, descritas más adelante.

Su cónyuge legal es elegible para la cobertura total de dependiente.

Su hijo es elegible para los beneficios de dependiente desde el nacimiento hasta que cumple 26 años.

Su hijo a quien se le exige que proporcione cobertura de salud conforme a un QMCSO, también es elegible para la cobertura.

Si agrega o pierde un dependiente elegible, notifique a la Oficina del Fondo de inmediato.

ELEGIBILIDAD DE LOS JUBILADOS

Usted es elegible para la cobertura como jubilado si se retira de un empleo activo de cualquier tipo dentro de la clasificación cubierta por un acuerdo de negociación colectiva con el Consejo del Distrito n.º 51 de IUPAT y si cumple con todos los siguientes requisitos:

1. Está recibiendo un beneficio de pensión del Fondo de Pensiones del Sindicato Internacional de Pintores e Industrias Afines.

2. Usted:

- a) Cumplió 55 años.
- b) Es menor de 55 años, pero recibe un beneficio de pensión mensual completo y no reducido del Fondo de Pensiones del Sindicato Internacional de Pintores e Industrias Afines, basado en 60,000 horas o más de empleo cubierto.

3. O usted:

- a) Ha sido elegible para los beneficios de este plan por al menos 16 de los 20 trimestres de beneficios (4 de 5 años) inmediatamente anteriores a su fecha de jubilación.
 - b) Su elegibilidad bajo este Plan fue seguida por una elegibilidad continua bajo otro Plan patrocinado por un empleador que es signatario de un acuerdo con el Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT Y su elegibilidad total combinada es igual o superior a la elegibilidad para al menos 16 de los 20 trimestres de beneficios (4 de 5 años) inmediatamente antes de su fecha de jubilación.
4. Usted hace la contribución personal requerida al Fondo, a partir del primer mes en que cumple con los requisitos de acuerdo con las disposiciones anteriores. Una vez que es elegible para recibir los beneficios de Jubilación conforme a estas disposiciones, debe seguir siendo elegible continuamente haciendo su contribución personal requerida cada mes. Si no realiza la contribución requerida y se cancela su beneficio de jubilado, no podrá ser elegible para recibir un beneficio de jubilado según el plan.

Si está discapacitado, puede participar en el Plan como jubilado, si cumple *todos* los siguientes requisitos:

- Usted era elegible para los beneficios de este Plan al momento de su jubilación;
- Usted ha solicitado una Adjudicación por Discapacidad del Seguro Social;
- Los Fideicomisarios aprueban su solicitud; y
- Usted hace las contribuciones personales requeridas al Fondo.

El costo mensual de los beneficios es determinado por la Junta Directiva del Fideicomiso de forma regular y puede ser cambiado por la Junta Directiva del Fideicomiso regularmente. La Junta Directiva puede requerir que los pagos de los jubilados se realicen trimestralmente.

Para los jubilados que se jubilaron a partir del 1 de enero de 1999 o después, cuya edad actual es de 65 años o menos, la contribución mensual requerida es de \$800.00, y para aquellos cuya edad actual es de 65 años o más de \$300.00. Para los jubilados que se jubilaron antes del 1 de enero de 1999, la contribución mensual requerida es: a los 65-74 años de edad de \$50.00; y a los 75 años de edad y mayores de \$0.

Mientras se realicen pagos para mantener su elegibilidad, sus dependientes calificados también serán elegibles para recibir beneficios durante toda su vida. En el caso de su muerte, la cobertura de su

cónyuge e hijos dependientes continuará durante el resto de la vida de su cónyuge o hasta la fecha en que se vuelva a casar o la fecha en que sus dependientes ya no reúnan los requisitos para la cobertura de acuerdo con los requisitos para la Elegibilidad de los dependientes del Fondo, lo que ocurra primero, siempre que su cónyuge continúe haciendo las contribuciones personales requeridas.

Debido a que el Fondo de Salud es una entidad separada del Fondo de Pensiones de IUPAT, debe comunicarse con la Oficina del Fondo para solicitar la cobertura de jubilación cuando solicite sus beneficios de pensión. Si no informa a la Oficina del Fondo de su inminente jubilación, se puede producir una pérdida permanente de cobertura para usted y sus dependientes.

CONTRIBUCIONES PERSONALES PARA LOS JUBILADOS QUE REGRESAN AL TRABAJO

Los jubilados que regresan a trabajar después de la jubilación, durante un período durante el cual se establece una exención de suspensión de beneficios con el Fondo de Pensiones del Sindicato Internacional de Pintores e Industrias Afines, y que trabajan horas insuficientes para cumplir con los requisitos para la Elegibilidad Continua, se les permitirá para compensar el monto de la contribución personal requerida para el jubilado por el monto de las contribuciones del empleador que se reciben en su nombre durante el trimestre laboral correspondiente.

La cobertura bajo COBRA continuará estando disponible para aquellas personas que reúnan los requisitos.

LOS BENEFICIOS RECIBIDOS QUE SE PROPORCIONAN DE ACUERDO CON ESTE PLAN NO SON BENEFICIOS ADQUIRIDOS. LA JUNTA DIRECTIVA SE RESERVA EL DERECHO, A SU ENTRA DISCRECIÓN, PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA OBTENER BENEFICIOS, PARA INTERPRETAR LOS TÉRMINOS DEL PLAN, PARA ENMENDAR, MODIFICAR O TERMINAR LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN MÉDICA O PARA EXIGIR CONTRIBUCIONES ADICIONALES. PÓNGASE EN CONTACTO CON EL FONDO FIDUCIARIO PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE JUBILACIÓN AL MOMENTO QUE PLANEE JUBILARSE.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Su cobertura en virtud del Plan terminará en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que no cumpla con los requisitos de elegibilidad del Plan;
- La fecha en que se considere que su empleador viola el acuerdo de negociación colectiva por no remitir todas las contribuciones requeridas; o
- La fecha en que se cancela el plan.

La cobertura de sus dependientes elegibles terminará automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que terminan sus beneficios;
- La fecha en que su hijo ya no cumple con la definición de dependiente elegible según se describe en este folleto;

- En el caso de un cónyuge, la fecha en que su sentencia de divorcio o separación legal es definitiva; o
- La fecha de cobertura para los dependientes es cancelada por los Fideicomisarios.

Si usted o sus dependientes elegibles son hospitalizados en la fecha en que terminaría su beneficio, toda la cobertura de beneficios a la que tiene derecho se prorrogará automáticamente durante todo el período de internación en el hospital o, si es anterior, por 30 días a partir de la fecha en que el beneficio hubiera terminado.

Cuando finaliza la cobertura de este Plan, usted o su dependiente, si corresponde, recibirán un certificado que muestre el período de cobertura de este Plan. Si usted o sus dependientes quedan cubiertos por otro plan de salud colectivo que tiene exclusiones para afecciones preexistentes, esta prueba de cobertura puede ayudar a reducir el período de espera para la cobertura de esa afección bajo este nuevo plan. Se puede solicitar a este Plan un certificado de cobertura en cualquier momento dentro de los 24 meses posteriores a la finalización de la cobertura. Comuníquese con el Administrador del Fondo para solicitar un certificado o si tiene preguntas sobre esta información.

El Fondo le enviará a usted y a sus dependientes un Certificado de cobertura acreditable que muestre cuánta cobertura tenía de acuerdo con el Plan, dentro de un tiempo razonable después de perder la cobertura del Plan por cualquier motivo, o qué cobertura del Plan hubiera perdido si no hubiera elegido la cobertura de COBRA. No es necesario que realice una solicitud para obtener un Certificado en estas situaciones, ya que el Certificado se le enviará automáticamente; sin embargo, usted o sus dependientes pueden solicitar un Certificado de cobertura acreditable por hasta dos años (24 meses) después de perder la cobertura del Fondo si se comunican con el Departamento de Elegibilidad al (301) 839-8800 o al número gratuito 1-800-424- 2707.

El Certificado le será enviado por correo de primera clase a su o sus dependientes, lo que corresponda, a la última dirección conocida, a menos que usted (o sus dependientes, según corresponda) proporcione otra dirección al momento de la solicitud. El Fondo también enviará un Certificado a otro plan en el que se inscriba, cuando usted o sus dependientes, según corresponda, lo soliciten. El Certificado también se enviará directamente al otro plan en el que se inscriba, a solicitud del plan, siempre que haya autorizado al Fondo para que envíe el Certificado. En todos los casos, en ausencia de circunstancias atenuantes, el Fondo podrá enviar su Certificado dentro de los diez días posteriores a la recepción de su solicitud.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA

La ley federal, comúnmente conocida como "COBRA", fue promulgada (Ley Pública 99-272, Título X) para exigir que los patrocinadores de los planes de salud colectivos ofrezcan a los participantes y sus familias la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura de salud (llamada "continuación de la cobertura") con tarifas grupales en ciertos casos donde la cobertura bajo el plan de otra manera terminaría. Es posible que a usted y a sus familiares cubiertos se les ofrezca la continuación de la cobertura de COBRA cuando su cobertura bajo el plan termine debido a un evento de vida conocido como "evento habilitante". La continuación de cobertura de COBRA generalmente consiste en la cobertura bajo el plan que usted y sus familiares tuvieron inmediatamente antes del evento habilitante.

Cada empleado y miembro de la familia que elija la continuación de cobertura de COBRA tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios en situación similar cubiertos por

el Plan que no tuvieron un evento habilitante. Si el Plan cambia los beneficios, las primas, etc., la continuación de cobertura cambia en consecuencia.

COBRA no afecta ciertas disposiciones de continuación de cobertura ya incluidas en el Plan. Actualmente, el plan proporciona una cobertura continua para los participantes que eligen hacer contribuciones personales durante los períodos de incapacidad o cuando la cobertura se pierde debido a la falta de trabajo.

CUANDO LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA ESTÁ DISPONIBLE

A continuación se enumeran los eventos habilitantes específicos que dan lugar al derecho a elegir la continuación de cobertura de COBRA. Después de un evento habilitante, la continuación de cobertura de COBRA se ofrecerá a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento habilitante.

Si es un **empleado**, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan porque ocurre uno de los siguientes eventos habilitantes:

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta.

Si usted es el **cónyuge** de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea una falta de conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, la Parte B, o ambas);
- Se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Un **hijo dependiente** de un empleado se convertirá en un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a que ocurre alguno de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado;
- El empleo del empleado termina por cualquier motivo que no sea una falta de conducta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el plan como "hijo dependiente".

A los beneficiarios calificados se les ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA solo después de que se haya notificado al Fondo de Salud que se ha producido un evento habilitante. Cuando el evento habilitante es la desvinculación del empleo, la reducción de las horas de empleo o la muerte del empleado, su empleador debe notificar al Fondo de Salud el evento habilitante. Usted es responsable de notificar al Fondo, siempre y cuando sea elegible para Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

DEBES DAR AVISO DE ALGUNOS EVENTOS HABILITANTES

Para los otros eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, elegibilidad para Medicare o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Fondo por escrito dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que ocurrió el evento habilitante. Este aviso debe enviarse al Fondo, a la dirección especificada en la sección, *Cómo contactar al Fondo*, a continuación. Una notificación enviada por correo postal al Fondo se considerará proporcionada en la fecha de envío.

La notificación debe incluir el nombre del empleado, el nombre del cónyuge o el hijo dependiente, la naturaleza del evento habilitante (por ejemplo, divorcio, separación legal, derecho a Medicare o la pérdida del estado de dependiente de un hijo) y la fecha en que ocurrió el evento habilitante (fecha de divorcio o separación legal, fecha en que Medicare entró en vigencia o la fecha en que el hijo dependiente alcanzó la edad límite del Plan, se casó o perdió el estatus de estudiante a tiempo completo).

Si no se proporciona un aviso durante este período de 60 días, no se le ofrecerá al cónyuge o hijo dependiente que pierde la cobertura la oportunidad de elegir la continuación de cobertura de COBRA.

DURACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura. La duración de la cobertura depende de la naturaleza del evento habilitante que causa la pérdida de cobertura:

- Cuando el evento habilitante es debido a la muerte del empleado, o a que el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, la Parte B o ambas), el divorcio o la separación legal, o un hijo dependiente pierde la elegibilidad como hijo dependiente, la continuación de cobertura de COBRA durará hasta un total de 36 meses.
- Cuando el evento habilitante es la desvinculación del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, la cobertura de continuación de COBRA generalmente solo dura hasta un total de 18 meses.

AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE 18 MESES

Hay tres maneras en que se puede extender el período de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA.

Extensión de la incapacidad. Si la Administración del Seguro Social (SSA) determina que usted o un miembro de la familia cubierto por el Plan está incapacitado y el Fondo recibe una notificación oportuna de esa determinación, usted y sus otros familiares pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses de cobertura de COBRA. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período inicial de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA. Para que la extensión esté disponible, debe notificar al Fondo por escrito sobre la determinación de incapacidad durante los primeros 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA y a más tardar 60 días después de la última: (i) fecha de la determinación de la SSA, (ii) fecha del evento habilitante; o (iii) fecha en que la cobertura finalizaría debido al evento habilitante.

La notificación debe enviarse al Fondo a la dirección especificada en la sección, *Cómo contactar al fondo*. Debe incluir el nombre del empleado, el nombre de la persona incapacitada, así como una copia de la determinación de incapacidad de la Administración del Seguro Social.

Una notificación enviada por correo postal al Fondo se considerará proporcionada en la fecha de envío.

Si no se proporciona una notificación dentro de los plazos anteriores, el período de cobertura máximo de 18 meses no se ampliará.

La extensión por incapacidad está disponible solo mientras el miembro de la familia permanezca incapacitado. Se debe notificar al Fondo dentro de los 90 días siguientes a la determinación final de la Administración del Seguro Social que la persona ya no está incapacitada. La continuación de cobertura finalizará el primer día del mes que comienza más de 30 días después de la fecha de la determinación.

Segundo evento habilitante. Si su familia experimenta un segundo evento habilitante mientras recibe 18 meses de continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden tener derecho a recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses de cobertura de COBRA. Esta extensión puede estar disponible si el empleado o ex empleado fallece, se divorcia o se separa legalmente, o si un hijo ya no reúne los requisitos como hijo dependiente según los términos del Plan, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante. La cobertura se extenderá solo si usted o los miembros de su familia notifican el segundo evento habilitante al Fondo no más de 60 días después de que ocurra el evento.

Este aviso debe enviarse al Fondo a la dirección especificada en la sección *Cómo contactar al Fondo*. La notificación debe incluir el nombre del empleado, el nombre del cónyuge o el hijo dependiente, la naturaleza del segundo evento habilitante (por ejemplo, divorcio, separación legal o la pérdida del estado de dependiente de un hijo) y la fecha en que ocurrió el evento habilitante (fecha del divorcio o separación legal o la fecha en que el hijo dependiente alcanzó la edad límite del Plan, se casó o perdió el estatus de estudiante a tiempo completo).

Una notificación enviada por correo postal al Fondo se considerará proporcionada en la fecha de envío.

Si no se proporciona un aviso durante este período de 60 días, la continuación de cobertura de COBRA no se extenderá más allá del período inicial de 18 meses.

Derecho del empleado a Medicare. Cuando el evento habilitante es el fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, y el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento habilitante, la cobertura de continuación de COBRA para los beneficiarios calificados que no sean el empleado, dura hasta 36 meses después de la fecha de derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho a Medicare 8 meses antes de que termine el empleo, la continuación de cobertura de COBRA para el cónyuge y los hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de elegibilidad de Medicare, que sería 28 meses después de la fecha del evento habilitante (36 meses menos 8 meses).

CÓMO ELEGIR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA

Una vez que el Fondo recibe la notificación oportuna de que ha ocurrido un evento habilitante, se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada beneficiario calificado. Usted o su cónyuge e hijos dependientes tendrán 60 días para elegir la continuación de cobertura de COBRA. Este período de elección de 60 días comienza el último día de:

- La fecha en que la cobertura terminaría debido al evento habilitante.
- La fecha en que el Fondo notifica el derecho a elegir COBRA.

Una elección de COBRA enviada por correo al Fondo se considerará realizada en la fecha de envío.

Si la continuación de cobertura de COBRA no se elige durante el período de elección de 60 días, se perderá el derecho a elegir la cobertura de continuación.

Usted o su cónyuge e hijos dependientes pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA para todos los miembros de la familia que reúnen los requisitos. Sin embargo, cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente para elegir la continuación de cobertura. Por lo tanto, tanto usted como su cónyuge pueden elegir la continuación de cobertura, o solo uno de ustedes puede hacerlo. También puede elegir continuar con la cobertura en nombre de sus hijos dependientes únicamente.

CÓMO PAGAR POR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA

Usted debe pagar el costo de la continuación de cobertura de COBRA. El costo de la cobertura es determinado por la Junta Directiva. Los Fideicomisarios cambiarán este costo periódicamente ya que se basa en el costo real de proporcionarle estos beneficios.

Su primer pago debe hacerse en los 45 días siguientes a la fecha en que se realizó la elección de COBRA. Si no se recibe el pago dentro de este período de 45 días, el Fondo terminará la cobertura retroactivamente al comienzo del período de cobertura máximo.

Después del pago inicial de la prima, todas las demás primas vencen el primer día del mes en que se aplicará dicha prima, sujeto a un período de gracia de 30 días. ***Un pago de la prima que se envía por correo se considerará realizado en la fecha de envío.*** Si el monto total de la prima no se paga en la fecha de vencimiento o dentro del período de gracia de 30 días, la continuación de cobertura de COBRA se cancelará de manera retroactiva hasta el primer día del mes, sin posibilidad de reincorporación.

En general, el monto de la prima para la continuación de cobertura de COBRA no superará el 102 por ciento del costo para el plan de salud colectivo (incluidas las contribuciones del empleador y del empleado) para la cobertura de un participante o beneficiario del plan en una situación similar que no esté recibiendo la continuación de cobertura de COBRA. En el caso de una extensión de la cobertura de continuación de COBRA debido a una incapacidad, el monto de la prima no excederá el 150 por ciento del costo de la cobertura.

CUANDO TERMINA LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA

La continuación de cobertura de COBRA de un beneficiario calificado terminará antes del vencimiento del período de cobertura máximo si ocurre alguno de los siguientes eventos:

- La prima de la cobertura no se paga de manera oportuna;
- Después de elegir la continuación de cobertura de COBRA, el beneficiario calificado queda cubierto por otro plan de salud colectivo que no contiene una exclusión o limitación con respecto a cualquier afección preexistente que la persona pueda tener;

- Después de elegir COBRA, el beneficiario calificado se inscribe en Medicare;
- Si la cobertura se extiende a causa de la incapacidad, la Administración del Seguro Social determinará si la persona ya no está incapacitada; o
- El Fondo finaliza y ya no brinda cobertura de salud colectiva a los empleados, jubilados, cónyuges y dependientes cubiertos.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con el Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al Fondo como se indica a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluidos los de COBRA, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, comuníquese con la Oficina Regional o del Distrito del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos más cercana, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) en su área o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles mediante el sitio web de EBSA).

MANTENER EL FONDO INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Fondo sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Si tiene un evento habilitante, también debe guardar una copia de cualquier aviso que envíe al Fondo para sus registros.

CÓMO CONTACTAR AL FONDO

Todos los avisos requeridos deben enviarse por correo postal al Fondo a la siguiente dirección:

Zenith American Solutions
Fondo de Salud del Consejo de Distrito N.º 51 de IUPAT
3 Gateway Center
401 Liberty Ave., Ste. 1200
Pittsburgh, PA 15222-1024

También puede llamar al Fondo al (301) 839-8800 o 800-424-2707 si tiene alguna otra pregunta sobre la continuación de cobertura de COBRA.

COBERTURA MIENTRAS SE ENCUENTRA CON LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) le permite tomar hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier período de 12 meses debido a:

- El nacimiento, adopción o colocación de un niño para la adopción;
- La enfermedad grave de su cónyuge, hijo o padres; o

- Su propia enfermedad grave.

La FMLA le permite tomar hasta 26 semanas de licencia no remunerada durante un período de 12 meses debido a:

- Una enfermedad o lesión grave en el cumplimiento de su deber por parte de su cónyuge, padre o madre, hijo o persona de la que es pariente cercano, si la persona es un miembro actual de las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las Reservas o es miembro de la Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las Reservas en la lista de retirados por incapacidad temporal ("miembro militar cubierto").

La FMLA también permite la licencia si el miembro militar cubierto es un miembro de los componentes de la reserva (por ejemplo, la Guardia Nacional del Ejército de los EE. UU., la Reserva del Ejército, la Reserva de la Infantería de Marina, etc.) o un miembro retirado de las Fuerzas Armadas Regulares o la Reserva, y su servicio activo o llamada al servicio activo se combina con una de las siguientes exigencias de calificación:

- Despliegue con poca antelación:

Cuando se notifica al miembro militar cubierto sobre su despliegue en apoyo de una operación de contingencia siete o menos días calendario antes del despliegue, tiene derecho a un máximo de siete días calendario de licencia a partir del día en que el miembro militar cubierto recibe una notificación del despliegue inminente.

- Eventos militares y actividades relacionadas:

Tiene derecho a tomar una licencia para asistir a cualquier ceremonia oficial, programa o incluso a los patrocinadores militares relacionados con el servicio activo del miembro militar cubierto o el llamado al estado de servicio activo y para asistir a programas de apoyo o asistencia familiar y sesiones informativas patrocinadas o promovidas por el ejército, las organizaciones de servicio militar o la Cruz Roja, relacionadas con el servicio activo del miembro militar cubierto o el llamado al estado de servicio activo.

- Cuidado infantil y actividades escolares:

Usted tiene derecho a tomar licencia para:

(i) Hacer arreglos alternativos para el cuidado infantil cuando el servicio activo o el llamado al estado de servicio activo de un miembro militar cubierto requiera de un cambio en el las disposiciones de cuidado infantil existente para un hijo biológico, adoptado o de crianza, un hijastro o un pupilo legal de un miembro militar, o bien, un niño para el cual un miembro militar cubierto permanece in loco parentis, que es menor de 18 años, o mayor de 18 años y es incapaz de cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad mental o física en el momento en que comienza la licencia FMLA.

(ii) Proporcionar cuidado infantil de forma urgente, de necesidad inmediata (pero no de manera rutinaria, regular o diaria) cuando la necesidad de proporcionar dicho cuidado surja por el servicio activo o la llamada al estado de servicio activo de un miembro militar cubierto para un hijo

biológico, adoptado o de crianza, un hijastro o un pupilo legal de un miembro militar cubierto, o un hijo para el cual un miembro militar cubierto permanece in loco parentis, que es menor de 18 años, o mayor de 18 años e incapaz de cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad mental o física en el momento en que comienza la licencia FMLA.

(iii) Inscribir o transferir a una nueva escuela o guardería a un hijo biológico, adoptado o de crianza, un hijastro o un pupilo legal del miembro militar cubierto, o un hijo para el cual el miembro militar cubierto se encuentra in loco parentis, que sea menor de 18 años, o mayor de 18 años e incapaz de cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad mental o física en el momento en que comienza la licencia FMLA, cuando el servicio activo requiera el alistamiento o la transferencia para el servicio activo o la llamada al estado de servicio activo de un miembro militar cubierto.

(iv) Asistir a reuniones con el personal de una escuela o guardería, como reuniones con funcionarios escolares sobre medidas disciplinarias, conferencias de padres y maestros, o reuniones con consejeros escolares para un hijo biológico, adoptado o de crianza, un hijastro o un pupilo legal del miembro militar cubierto, o un niño para el cual el miembro militar cubierto permanece in loco parentis, que sea menor de 18 años, o mayor de 18 años e incapaz de cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad mental o física en el momento en que comienza la licencia FMLA, cuando dichas reuniones sean necesarias debido a las circunstancias derivadas del servicio activo o el llamado al estado de servicio activo de un miembro militar cubierto.

- Arreglos financieros y jurídicos:

Usted tiene derecho a tomar licencia para:

(i) Hacer o actualizar arreglos financieros o legales para abordar la ausencia del miembro militar cubierto mientras se encuentra en servicio activo o en estado de servicio activo, como preparar y ejecutar poderes legales para la atención médica y financiera, transferir la autoridad de la firma de la cuenta bancaria, inscribirse en el Sistema de Informes de Elegibilidad de Inscripción de Defensa (DEERS), obtención de tarjetas de identificación militar, o la preparación o actualización de un testamento o fideicomiso en vida.

(ii) Actuar como el representante del miembro militar cubierto ante una agencia federal, estatal o local con el fin de obtener, organizar o apelar los beneficios del servicio militar mientras el miembro militar cubierto esté en servicio activo o en estado de llamada al servicio activo, y para un período de 90 días después de la terminación del estado de servicio activo del miembro militar cubierto.

- Orientación:

Usted tiene derecho a tomarse una licencia para asistir al asesoramiento proporcionado por alguien que no sea un proveedor de atención médica para sí mismo, para el miembro militar cubierto, o para el hijo biológico, adoptado o de crianza, un hijastro o un pupilo legal del miembro militar cubierto, o un niño para el cual el miembro militar cubierto permanezca in loco parentis, que sea menor de 18 años, o mayor de 18 años e incapaz de cuidarse a sí mismo debido a una discapacidad mental o física en el momento en que comienza la licencia de FMLA, siempre que la necesidad de asesoramiento surja del servicio activo o del llamado al estado de servicio activo de un miembro militar cubierto.

- Descanso y recuperación:

Usted tiene derecho a tomar hasta cinco días de licencia por cada caso en el que el miembro militar cubierto tenga una licencia temporal de descanso y recuperación de corto plazo durante el período de despliegue.

- Actividades posteriores al despliegue:

Usted tiene derecho a tomar una licencia para asistir a las ceremonias de llegada, acontecimientos y reuniones de reintegración, y cualquier otra ceremonia oficial o programa patrocinado por el ejército por un período de hasta 90 días después de la finalización del estado de servicio activo del miembro militar cubierto.

También tiene derecho a tomar una licencia para abordar los problemas que surjan de la muerte de un miembro militar cubierto mientras se encuentra en estado de servicio activo, como reunirse y recuperar el cuerpo del miembro militar cubierto y hacer arreglos funerarios.

- Actividades adicionales:

Usted tiene derecho a tomarse una licencia para abordar otros eventos que surjan del servicio activo del miembro militar cubierto o del estado de servicio activo, siempre que usted y el empleador acuerden que dicha licencia califica como una exigencia y acepte tanto el tiempo como la duración de tal licencia.

No tiene derecho a tomar una licencia debido a una exigencia calificada si el miembro militar cubierto está en servicio activo o se le solicita el estado de servicio activo en apoyo de una operación de contingencia *como miembro de las Fuerzas Armadas Regulares*.

Durante su licencia, puede continuar con toda su cobertura médica y otros beneficios ofrecidos a través del Fondo. En general, usted es elegible para un permiso bajo la FMLA si:

- Ha trabajado para un empleador cubierto durante al menos 12 meses (los meses no tienen que ser consecutivos);
- Ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de su licencia; y
- Trabaja en un lugar donde al menos 50 empleados son empleados por el empleador dentro de 75 millas de dicho lugar.

El Fondo mantendrá el estado de elegibilidad del empleado hasta el final de la licencia, siempre que el Empleador Contribuyente otorgue adecuadamente la licencia conforme a la FMLA y el Empleador Contribuyente realice la notificación y los pagos requeridos al Fondo. Llame a su empleador para determinar si usted es elegible para la licencia FMLA.

COBERTURA MIENTRAS SE ENCUENTRA CON LICENCIA MILITAR

Si ingresa en el servicio militar activo por hasta 31 días, la cobertura para usted y sus dependientes permanecerá en vigencia como si hubiera permanecido empleado activamente.

Si ingresa al servicio militar activo por más de 30 días, su cobertura terminará el día número 31 y la cobertura para sus dependientes elegibles terminará una vez que la Oficina del Fondo determine que ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad que se enumeran en la sección titulada "Elegibilidad Continua". Es posible que usted y sus dependientes puedan continuar con la cobertura pagando el costo por hasta 24 meses a partir de la fecha en que se tomó la licencia militar, siempre que realice las contribuciones requeridas.

Cualquier período de licencia en virtud de las disposiciones de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados ("USERRA") no se considerará como una interrupción en la cobertura. Para que el plan restituya la cobertura después del servicio militar, debe solicitar la reincorporación de acuerdo con USERRA. Si su período de servicio en los servicios uniformados fue menor a 31 días, debe presentarse ante su Empleador para su reempleo el primer día del primer período de trabajo programado regularmente y el vencimiento de ocho horas después de un período que le permita su transporte seguro desde el lugar de servicio a su residencia.

Si su período de servicio en los servicios uniformados fue de entre 31 días y 180 días, debe presentar una solicitud de reempleo a más tardar 14 días después de la finalización de su período de servicio. Si su período de servicio fue de más de 180 días, debe presentar su solicitud de reempleo con su empleador a más tardar 90 días después de la finalización de su período de servicio. Si ha sido hospitalizado, o está convaleciente debido a una enfermedad o lesión incurrida o agravada durante su período de servicio en los servicios uniformados, tiene hasta su recuperación de esa enfermedad o lesión, plazo que no debe exceder los dos años, para presentar una solicitud de reempleo.

**RESUMEN DE BENEFICIOS PARA PARTICIPANTES
Y DEPENDIENTES ELEGIBLES**

Los niveles de beneficios se mantienen en el nivel más alto que los Fideicomisarios consideran práctico. Sin embargo, los beneficios deben revisarse de vez en cuando, según lo indiquen las circunstancias económicas, y ajustarse hacia arriba o hacia abajo según sea necesario. La Oficina del Fondo le notificará cualquier cambio en los beneficios y estos cambios en los niveles de beneficios afectarán las reclamaciones incurridas en o después de la fecha de vigencia del cambio.

Este resumen está destinado simplemente a proporcionar información general sobre el programa de beneficios. Los pagos por reclamaciones específicas están sujetos a las normas, regulaciones y limitaciones que han sido o pueden ser adoptadas bajo la autoridad de la Junta Directiva de Fideicomisos. Tenga en cuenta que los siguientes Deducibles Anuales y Máximo de Gastos de Bolsillo se basan en los gastos incurridos en un año calendario.

HORARIO DE BENEFICIOS

Deducible anual:

Individual	\$500
Familiar	\$1000

Nota: un miembro individual de la familia que alcance el deducible individual de \$500 se considerará que satisface el deducible, independientemente de si se alcanza el deducible familiar.

Cantidad a pagar después del deducible:

Si utiliza un médico o centro de la PPO:

El plan paga 80% de la prestación de la PPO
Su costo 20% de la prestación de la PPO

Si NO utiliza un médico o centro de la PPO:

El plan paga 50% de lo UCR
Su costo 50% de lo UCR

Máximo anual de gastos de bolsillo\$4,000 para un individuo
..... \$8,000 para una familia

Estos máximos incluyen los montos que paga en deducibles y coseguros, pero solo para atención en la PPO dentro de la red en beneficios esenciales (o para servicios de emergencia obtenidos de un proveedor o centro que no es de la PPO). Una vez que se haya alcanzado este máximo, el Fondo pagará el 100% de la prestación de la PPO por el resto del año calendario. El máximo anual de gastos de bolsillo **no** se aplica a reclamaciones por servicios prestados por médicos o centros fuera de la red de PPO, excepto por gastos de emergencia.

Además, si un miembro de la familia alcanza el máximo de gastos de bolsillo personal en un año, se habrá alcanzado el máximo para ese individuo, independientemente de si el máximo de desembolso familiar se ha cumplido en ese año.

Hospital

Tarifa diaria de habitación y comida:

Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red50% de UCR para habitación semiprivada.

Unidades de cuidados intensivos (incluidas las neonatales):

Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red Dos veces la habitación semiprivada pagadera al 50%.

Gastos auxiliares de hospital (varios):

Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red 50% de lo UCR

Servicios de emergencia:

Dentro de la red80% de la prestación de la PPO

Fuera de la red 80% de la asignación UCR

Beneficio de gastos quirúrgicos:

Dentro de la red..... 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red..... 50% de lo UCR

Consultas médicas (ambulatorias, consultorio y a domicilio):

Dentro de la red..... 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red..... 50% de lo UCR

Radiografía de diagnóstico y beneficio de gastos de laboratorio:

Dentro de la red..... 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red..... 50% de lo UCR

Beneficios de atención preventiva:

Niños hasta 19 años. 100% cuando se proporciona
Dentro de la red
Bienestar anual para adultos 100% cuando se proporciona dentro de la red
Cuando se proporcionan servicios preventivos fuera de la red PPO, el plan paga el 50% de lo UCR.

Cuidados paliativos:

Tratamiento de hospitalización
Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red 50% de lo UCR

Tratamiento ambulatorio
Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red 50% de lo UCR

Atención psiquiátrica:

Paciente hospitalizado:
Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red 50% de lo UCR

Tratamiento psiquiátrico ambulatorio (cargos del médico):

Dentro de la red 80% de la prestación de la PPO
Fuera de la red 50% de lo UCR

RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS

La Junta Directiva del Fideicomiso ha adoptado una red de proveedores preferidos, y lo instan a que los utilice para minimizar los costos para usted y para el Plan.

La Organización de Proveedores Preferidos utilizada por el Plan es:

Área Local (Acceso "NetLease"):

CareFirst BlueCross BlueShield:
P.O. Box 981633
El Paso, TX 79998-1633

Teléfono: (800) 235-5160

Área Local (Acceso "NetLease"):

Identificación del grupo: W32W

Plan de Beneficios: /580

Prefijo: A81

Área local externa ("Acceso FlexLink):

Identificación del grupo: 1901753-0001

Plan de beneficios: 190/690

En un esfuerzo por mejorar la calidad de sus beneficios de salud y al mismo tiempo reducir los costos de atención médica, el Plan ha contratado a CareFirst, una organización de proveedores preferidos (PPO). Una organización de proveedores preferidos es una empresa que ha celebrado contratos con proveedores de atención médica que acordaron brindar sus servicios a las personas cubiertas por el Plan en términos que reducen los costos tanto para usted como para el Plan. Si usted o sus dependientes elegibles reciben atención o servicios de un hospital o médico que participa en el programa de PPO, se incrementa la cantidad máxima de beneficio que puede recibir.

Los miembros que viven en el área local (dentro de Maryland, DC o Northern Virginia) pueden ubicar a los proveedores de CareFirst llamando a CareFirst directamente al número que figura en su tarjeta de identificación médica o visitando el sitio web de la red de PPO en www.carefirst.com. Su número de grupo "NetLease" de CareFirst es W32W; el Plan de Beneficios es 190/690. Los miembros locales, así como sus proveedores, deben llamar a Zenith American Solutions al 301-839-8800 o al 1-800-242-8923 para confirmar la elegibilidad, los beneficios y el estado de las reclamaciones.

Los miembros que viven fuera del área local deben llamar a CareFirst para verificar a los proveedores participantes. Su número de grupo "FlexLink" de CareFirst es 1901753-0001; el plan de beneficios es 190/690. Los proveedores deben llamar a la compañía local de Blue Cross Blue Shield para verificar el estado de las reclamaciones. Los miembros de FlexLink, así como sus proveedores, deben llamar a Zenith American Solutions al 301-839-8800 o al 1-800-424-2707 para confirmar la elegibilidad, los beneficios y el estado de la reclamación.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Las tarifas de la PPO con descuento solo están disponibles mediante proveedores o centros de la PPO. Los individuos que eligen no utilizar los proveedores de la PPO estarán sujetos a un 50% del beneficio de coseguro por todos los cargos usuales, habituales y razonables.

Si usted o sus dependientes elegibles reciben atención o servicios de un hospital o médico que participa en el programa PPO, asegúrese de informar al hospital o al médico que es miembro del programa CareFirst PPO. El proveedor participante presentará la reclamación directamente.

A menudo es necesario que un médico derive ciertos tipos de servicios a otros proveedores de servicios médicos especializados, como anesthesiólogos, patólogos para análisis de sangre y radiólogos para radiografías y resonancias magnéticas. Siempre que la derivación sea a un proveedor de la red y tenga razones para creer que el proveedor de uno de estos Servicios Auxiliares está dentro de la red, el plan pagará a la tarifa más alta "dentro de la red". Es su derecho y es su responsabilidad indicar que estos servicios médicos adicionales son proporcionados por médicos e instalaciones que también participan en CareFirst PPO para garantizar que el Plan pueda reembolsar el costo de estos servicios a la tarifa preferida negociada.

REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

El programa PPO incluye varios procedimientos que tienen por objeto garantizar que usted y sus dependientes elegibles reciban la mejor atención al precio más razonable. Estos procedimientos incluyen la certificación previa a la admisión, la revisión concurrente y la administración de casos, como se describe a continuación.

CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN Y REVISIÓN SIMULTÁNEA

La certificación previa a la admisión es un procedimiento que se utiliza para evaluar una hospitalización planificada antes de la admisión o, en el caso de una emergencia, inmediatamente después de la admisión. En algunos casos, es posible que lo traten de manera segura en un entorno menos costoso: un centro de cirugía ambulatoria, un departamento ambulatorio del hospital o en el consultorio de un médico.

Si es necesaria una admisión en el hospital, el especialista en revisión de utilización coordinará con su médico para determinar la cantidad de días necesarios para proporcionarle tratamiento.

Durante la hospitalización su progreso es monitoreado continuamente. Todos los días adicionales solicitados se revisan para asegurar que los días adicionales sean médicamente necesarios (revisión simultánea).

Cómo funciona el programa

Usted, sus dependientes elegibles o su médico a cargo deben llamar a American Health Holdings, el especialista en revisión de utilización antes de la admisión planificada, o tan pronto como sea posible después de una admisión de emergencia. El número es (800) 641-5566. El especialista en revisión de utilización le pedirá a la persona que llama que proporcione el nombre del paciente, la edad, el nombre del médico y el número de teléfono. Luego, el revisor llamará al médico tratante para determinar la necesidad médica y la adecuación, asignará una duración inicial de la estadía y supervisará su caso hasta el alta.

Si la información clínica proporcionada cumple con los criterios médicos apropiados, se le enviará un aviso de su admisión certificada a usted, a su médico adjunto y a la Oficina del Fondo dentro de las 24 horas posteriores a la certificación.

MANEJO DE CASOS

El Programa de manejo de casos identifica a los pacientes admitidos con posibles enfermedades a largo plazo y de alto costo. Si bien la participación en el Programa de Administración de Casos es voluntaria, si no acepta participar a solicitud del Fondo, sus reclamaciones se tratarán como reclamaciones fuera de la red y se pagarán al 50% de lo UCR.

Cómo funciona el programa

Cuando se identifica una posible hospitalización a largo plazo mediante el proceso de certificación previa o de revisión simultánea, se notifica a un administrador de casos. Luego, se evalúa el caso para

determinar el nivel adecuado de atención, la disponibilidad de los beneficios de salud y los costos propuestos para los servicios disponibles.

El administrador de casos necesita su permiso por escrito para reunirse con su médico tratante a fin de analizar las recomendaciones de planificación con respecto a los servicios alternativos. Cuando se selecciona un plan de tratamiento, el administrador de casos continúa su trabajo para implementar el plan y supervisar el caso hasta que la administración deje de ser adecuada.

El Plan pagará el costo total de las segundas opciones o las pruebas previas a la operación indicadas por la Revisión de uso.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Puede obtener más información sobre los programas de revisión médica en la Oficina del Fondo.

PROVEEDORES NO PREFERIDOS

Usted y sus dependientes elegibles pueden obtener atención médica del médico y el centro que elija. Sin embargo, tenga en cuenta que los servicios obtenidos de un médico o centro que no participa en la red de CareFirst PPO se pagarán con un beneficio reducido. Esto significa que usted y su familia tendrán gastos de bolsillo más altos.

Además de los beneficios reducidos, los gastos de bolsillo de los cuales usted es responsable NO se contarán para el máximo de gastos de bolsillo.

Coseguro para servicios de emergencia

Hay una excepción limitada a esta regla. Cuando los servicios se prestan en caso de emergencia (lesiones o enfermedades que ponen en peligro la vida) en un hospital que no pertenece a la red o si se le admite en un hospital de la red, pero uno de los proveedores que lo atienden no es un proveedor de PPO, los beneficios se pagarán al 80% de la prestación usual y habitual (UCR). Esto significa que el Fondo pagará el mismo porcentaje de coseguro que hubiera pagado si el proveedor o el centro pertenecieran a la red. Sin embargo, debido a que no se otorgó un descuento de PPO por el uso de proveedores y centro fuera de la red, es probable que sus gastos de bolsillo sean más altos que los incurridos por el uso de un proveedor dentro de la red, incluso con el aumento en el monto pagado por el Fondo.

Máximo de gastos de bolsillo para servicios de emergencia fuera de la red

Además, cuando recibe servicios de emergencia (lesiones o enfermedades posiblemente mortales) en un hospital fuera de la red o de un médico que no pertenece a la red, sus gastos de bolsillo se contabilizarán para el monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcance el monto máximo de bolsillo, su beneficio de servicios de emergencia aumentará al 100% de cualquier prestación de la PPO o al 100% de la prestación usual y habitual para todos los servicios de emergencia aprobados en el año calendario.

PRINCIPALES BENEFICIOS EN GASTOS MÉDICOS

Los beneficios de gastos médicos importantes brindan el pago de un porcentaje de los cargos cubiertos incurridos en relación con una enfermedad o una lesión hasta el monto máximo que se muestra en el Programa de beneficios. Los beneficios de gastos médicos importantes se pagan solo después de que haya alcanzado el deducible anual como se muestra en el Programa de beneficios.

El deducible se aplica a usted y a cada uno de sus dependientes elegibles solo una vez y durante un año calendario, independientemente de la cantidad de lesiones o enfermedades que tenga. Luego de que dos personas de su familia alcanzan el deducible anual, el deducible se alcanza para ese año calendario para todos los miembros de su familia. Sin embargo, cuando un miembro de la familia alcanza el monto del deducible individual, el deducible se alcanzará para esa persona, incluso si no se alcanza el deducible familiar en ese año para otros miembros de la familia.

MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO

El Plan paga un porcentaje de los gastos médicos cubiertos que exceden el deducible anual hasta que se haya alcanzado el máximo anual de gastos de bolsillo. Los máximos anuales actuales de gastos de bolsillo son de \$4,000 para una persona y \$8,000 para una familia. Usted es responsable de los montos que excedan el porcentaje pagado por el Fondo hasta que se alcance el máximo. Una vez que alcanza el máximo, el Fondo pagará todos los cargos cubiertos realizados por los centros y médicos participantes de la red al 100% durante el resto del año calendario.

Solo los gastos incurridos en centros y con proveedores de la red CareFirst se contabilizarán para el máximo de gastos de bolsillo (excepto los servicios de emergencia). Los gastos fuera de la red no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.

Los fideicomisos se reservan el derecho de revisar el máximo de gastos de bolsillo y modificar la cifra hacia arriba o hacia abajo según lo exijan las circunstancias económicas. La Oficina del Fondo le notificará cualquier cambio en los beneficios y estos cambios en los niveles de beneficios afectarán las reclamaciones incurridas en o después de la fecha de vigencia del cambio.

Nota: hay montos máximos de gastos de bolsillo separados para gastos de medicamentos recetados. Consulte a continuación.

PERÍODO DE BENEFICIO

Se establece un período de beneficios y los pagos de beneficios comienzan después de que usted o sus dependientes generen cargos elegibles, que superen el monto del deducible aplicable para el año calendario. Todos los cargos elegibles incurridos durante un período de beneficios se utilizan para calcular los pagos de beneficios.

Un período de beneficios finaliza: (a) el último día del año calendario en que se estableció, o (b) el día en que usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para los beneficios de gastos médicos importantes, lo que ocurra primero.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Los "gastos médicos cubiertos" son los gastos razonables y necesarios que se cobran a una persona con cobertura por el tratamiento, los servicios y los suministros recomendados por el médico tratante, siempre que dichos cargos sean usuales, habituales y razonables con respecto a dicho tratamiento, servicios y suministros.

Los gastos médicos cubiertos incluyen:

- Habitación y comida diaria en el hospital: el cargo por habitación y comida en un hospital administrado legalmente, hasta el monto que se muestra en el Programa de beneficios;
- Servicios hospitalarios varios: el cargo por todos estos servicios, excepto aquellos que no están directamente relacionados con el tratamiento de la persona con cobertura;
- Cirugía: los cargos de todas las cirugías cubiertas prestadas por un médico o cirujano legalmente calificado para brindar atención médica y tratamiento a la persona con cobertura;
- Servicios médicos: los cargos por toda la atención médica y los tratamientos cubiertos realizados a una persona con cobertura por un médico o cirujano legalmente calificado u otro proveedor con licencia. El Plan no discriminará en su cobertura según el tipo de proveedor médico que utilice, es decir, una enfermera practicante en lugar de un médico, siempre que el proveedor tenga licencia para proporcionar el servicio que usted recibe y el servicio esté cubierto por el Plan.
- Servicios dentales: el cargo por servicios profesionales prestados por un dentista, médico o cirujano legalmente calificado para el tratamiento de lesiones accidentales en dientes naturales en un año a partir de la fecha del accidente.
- Servicios de enfermería profesional: el cargo por los servicios especiales de enfermería necesarios recomendados y prescritos por el médico tratante y prestados por una enfermera registrada, enfermera practicante con licencia o asistente de enfermería, pero excluye los servicios de enfermería prestados por un miembro de la familia o un pariente cercano de la persona con cobertura.
- Suministros y servicios médicos, el cargo por lo siguiente:
 - Fármacos y medicamentos necesarios y preparados a partir de una receta médica, siempre que tengan adjunto un recibo de caja registradora y no estén cubiertos ni excluidos de otra manera;
 - Servicios de laboratorio y radiografías, que incluye tratamientos con radiografías y radio;
 - Anestesia, oxígeno, sangre, plasma y apósitos quirúrgicos;
 - Prótesis oculares y de extremidades, yesos, férulas, fajas, aparatos ortopédicos y muletas;
 - Fisioterapia prestada por un fisioterapeuta calificado en forma legal, siempre que sea médicamente necesaria, pero se excluyen servicios de fisioterapia prestados por un miembro de la familia o un familiar cercano de la persona con cobertura.
 - Transporte de ambulancia profesional local hacia y desde un hospital, que no sea para tratamiento ambulatorio en el hospital;
 - Audífonos;
 - Modalidades quiroprácticas; y
 - Gastos relacionados con la compra o el alquiler (hasta el precio de compra) de equipo duradero

AVISO SOBRE LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

Como lo exige la Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer de 1998, el Plan proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía (incluido el edema linfático).

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

El Plan no cubre los siguientes servicios, excepto que se proporcionen de otro modo según el concepto de Servicios preventivos:

- Gastos relacionados con una pérdida ocasionada por, con causa parcial de o como resultado del cuidado o tratamiento dental (excepto por el tratamiento de dientes retenidos) o radiografías dentales, o exámenes oculares para corregir la visión o la adaptación de anteojos, salvo que se indique lo contrario
- Cirugía estética, a menos que la afección a tratar sea resultado de una lesión o según lo exija la Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer;
- Exámenes médicos no relacionados con la atención y el tratamiento de una lesión o enfermedad (excepto que se disponga lo contrario);
- Suministros y servicios por los cuales no se cobra, o que son proporcionados por el gobierno de los EE. UU. o cualquiera de sus agencias, que incluye los beneficios pagados por Medicare
- Gastos médicos ocasionados por o con causa parcial por guerra, lesiones o enfermedad contraídas en las fuerzas armadas, suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, accidentes de aviación (que no sean vuelos comerciales regulares), lesiones o enfermedades cubiertas por la Ley de Indemnización Laboral o Ley de Enfermedad Ocupacional
- Trasplantes de órganos, a menos que:
 - El trasplante no se considere experimental ni de investigación (que no sea un ensayo clínico aprobado), según lo determine un asesor médico o quirúrgico designado por el Fondo; y
 - El paciente ingrese en un programa de un centro de trasplante en una institución de trasplante establecida; en ese caso, rigen las siguientes reglas de pago:
 - El Fondo paga los gastos de un empleado, jubilado o dependiente mientras reúna los requisitos para recibir los beneficios del Plan si los gastos están relacionados con el trasplante de un órgano, la selección del paciente y el donante, la obtención del órgano, el transporte del órgano y la atención de seguimiento en el hogar o en el hospital, o los medicamentos inmunosupresores hasta el monto que se deba pagar según el Programa de beneficios que cubre al empleado, dependiente o jubilado;
 - El Fondo paga los gastos del donante vivo hasta el monto que se deba pagar en virtud del

Programa de beneficios que cubre al empleado, jubilado o dependiente; sin embargo, si el donante vivo tiene otra cobertura de seguro colectivo para dichos gastos, el Fondo paga dichos gastos solo como pagador secundario; y

- En ningún caso, el Fondo paga los gastos de transporte de los cirujanos o miembros de la familia ni los gastos relacionados con cualquier trasplante que no se realice en un establecimiento de trasplante establecido.

- Fertilización in vitro o procedimientos relacionados con la infertilidad;
- Asistencia supervisada, curas de reposo o internación en una residencia de ancianos o clínica de reposo;
- Servicios o suministros experimentales o educativos, que no sean un ensayo clínico aprobado;
- Discapacidades de aprendizaje o retraso mental;
- Calzados ortopédicos (excepto cuando se unen a aparatos ortopédicos) o dispositivos de apoyo para los pies, que incluyen elementos ortopédicos y extracción de callos;
- Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ);
- Terapia del habla u ocupacional (excepto el tratamiento de rehabilitación después de un accidente cerebrovascular o lesión), terapia miofuncional o rehabilitación pulmonar;
- Reemplazo o reparación de un dispositivo protésico;
- Cargos por servicios relacionados con el control de peso y el tratamiento de la obesidad, que incluyen el bypass gástrico u otros tratamientos o cirugías de naturaleza similar;
- Hipnotismo, biorregulación, tratamiento del estrés y terapia de modificación de la conducta orientada a objetivos;
- Viajes y alojamiento, recomendados o no por un médico;
- Cualquier cargo relacionado con embarazo, parto, aborto o aborto espontáneo por parte de un dependiente elegible que no sea el participante elegible o su cónyuge, a menos que se indique lo contrario en Servicios preventivos, Apéndice A;
- Cargos por un aborto provocado, excepto por una complicación del embarazo que pone en peligro la vida de la participante o cónyuge elegible;
- Incapacidad para asistir a una cita programada o visita al consultorio o para completar o presentar documentos médicos o un formulario de reclamación;
- Examen físico de rutina o relacionado con el trabajo, excepto los exámenes cubiertos por los servicios preventivos;
- Medicamentos sin receta, vitaminas, minerales, laetril, enzimas, alimentos dietéticos y suplementos dietéticos, excepto los cubiertos por los servicios preventivos;

- Atención de enfermería privada u otra atención médica brindada por una persona que normalmente reside en su hogar o en el de su dependiente elegible y tiene una relación cosanguínea o de matrimonio con usted o su dependiente elegible;
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, excepto que se disponga lo contrario;
- Acupuntura;
- Gastos relacionados con odontología, a menos que se indique lo contrario (consulte *Beneficios dentales*);
- Cuidados de la vista, incluida la refracción ocular, colocación de gafas o lentes de contacto, excepto lo dispuesto en *Beneficios de la visión*);
- Artículos sujetos a las *Exclusiones generales vigentes para todos los beneficios*.

El término "miembro de la familia" o "pariente cercano", usado anteriormente en relación con una enfermera registrada y un fisioterapeuta legalmente calificado, se refiere al cónyuge, hijo, hermano, hermana, padres o suegros de la persona con cobertura.

Se considerará que se genera un gasto o cargo en la fecha en que se realizó u obtuvo el servicio o suministro en particular que da lugar al gasto o cargo.

ADMISIONES EN UN HOSPITAL

SI PLANEA SER ADMITIDO EN EL HOSPITAL PARA ALGÚN PROCEDIMIENTO QUE NO SEA DE EMERGENCIA, USTED O SU MÉDICO DEBE COMUNICARSE CON LA EMPRESA DE REVISIÓN DE USO PARA LA APROBACIÓN AVANZADA DE LA INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL. DE LO CONTRARIO, ES PROBABLE QUE SE REDUZCAN LOS BENEFICIOS PAGADOS. SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA CONTIENE LOS NÚMEROS DE TELÉFONO ADECUADOS O PUEDE COMUNICARSE CON LA OFICINA DEL FONDO.

PARA ADMISIONES DE EMERGENCIA, LLAME EN EL PLAZO DE 48 HORAS, O LO ANTES POSIBLE, PARA INFORMAR A LA EMPRESA DE REVISIÓN DE USO SOBRE LA SITUACIÓN.

SI LA INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL NO ESTÁ APROBADA O, SI ES HOSPITALIZADO SIN AUTORIZACIÓN PREVIA Y LA HOSPITALIZACIÓN NO SE PUEDE JUSTIFICAR, EL FONDO NO PAGARÁ LOS CARGOS DE HABITACIÓN Y COMIDA.

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

El hospital puede solicitar una verificación anticipada de su elegibilidad antes de su admisión. La elegibilidad para los beneficios hospitalarios de pacientes hospitalizados se puede verificar por teléfono con anticipación. Proporcione al hospital el nombre completo del participante, el nombre completo del paciente, el número de seguro social del participante, la afiliación o el número del sindicato local y también el número de teléfono del Fondo.

INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL

Los beneficios de habitación y comida se pagan al 80% de la prestación de la PPO hasta el monto máximo anual de bolsillo. Una vez que se alcance ese máximo de bolsillo, los beneficios se incrementan al 100% de la prestación de la PPO para todas las admisiones aprobadas en un año calendario.

Servicios auxiliares: durante un período en el que se pagan los beneficios de alojamiento y comida, todos los gastos hospitalarios necesarios incurridos se pagan al 80% de la prestación de la PPO hasta el monto máximo anual de bolsillo. Una vez que se alcance ese máximo de bolsillo, los beneficios se incrementan al 100% de la prestación de la PPO para todas las admisiones aprobadas en un año calendario.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

En general, los planes de salud colectivos y las entidades emisoras de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de cualquier hospitalización relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, otorgue el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las entidades emisoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE EMERGENCIA

Los gastos de emergencia son aquellos en los que se incurre en una sala de emergencias de un hospital o en un centro de atención ambulatoria para una afección médica de emergencia, que una persona consideraría razonablemente necesaria desde el punto de vista médico para detener o aliviar una enfermedad, lesión o síntoma grave, un deterioro importante de las funciones corporales o una enfermedad grave que necesita diagnóstico y tratamiento inmediato. Las enfermedades de emergencia incluyen afecciones médicas y de salud mental. Los ejemplos incluyen, entre otros, problemas respiratorios graves, convulsiones, dolor intenso, como dolor en el pecho, convulsiones, pérdida del conocimiento, lesiones oculares graves, sangrado extremo, lesiones en la cabeza y fracturas. Los servicios de emergencia incluyen un examen de detección médica, evaluación y tratamiento médico adicional según sea necesario para estabilizar al paciente.

Los gastos de emergencia se pagan al 80% de cualquier prestación de la PPO hasta que se alcance el máximo anual de bolsillo si lo llevan a un centro de la red de PPO y recibe servicios de proveedores de la red. Si en una emergencia médica lo llevan a un hospital y en el establecimiento, el médico tratante o los proveedores de atención auxiliar no participan en las redes de PPO, los beneficios se pagarán al 80% de la prestación usual y habitual (UCR). Una vez que se alcance el máximo de bolsillo, los beneficios se incrementan al 100% de la prestación de la PPO o al 100% de la prestación usual y habitual para todas las admisiones aprobadas en un año calendario.

ENFERMEDAD AMBULATORIA

Los beneficios no se pagan por los gastos hospitalarios incurridos en una sala de emergencias de un hospital o en un centro de atención ambulatoria para una enfermedad o afección que no es de emergencia.

CIRUGÍA AMBULATORIA NO DE EMERGENCIA

Cuando la internación en un hospital no es necesaria y la cirugía que no es de emergencia se realiza en un hospital de la red o en un centro de atención ambulatoria, todos los cargos relacionados con el servicio hospitalario se pagarán al 80% de la prestación de la PPO hasta el máximo anual de bolsillo. Una vez que se alcance ese máximo de bolsillo, los beneficios se incrementan al 100% de la prestación de la PPO para todas las admisiones aprobadas en un año calendario. Todas las cirugías ambulatorias que no sean de emergencia realizadas en un hospital o centro de atención ambulatoria que no sean de la PPO, incluidos todos los cargos por servicios hospitalarios relacionados, se pagarán al 50% de lo UCR. Los máximos de gastos de bolsillo no se aplican a los servicios médicos que no sean de emergencia proporcionados fuera de la red de PPO.

Si la cirugía ambulatoria se realiza en el consultorio de un médico de la red de PPO, todos los cargos relacionados con el servicio hospitalario se pagarán al 80% de la prestación de la PPO hasta el máximo anual de bolsillo. Una vez que se alcance ese máximo de bolsillo, los beneficios se incrementan al 100% de la prestación de la PPO para todas las admisiones aprobadas en un año calendario.

La cirugía ambulatoria que no sea de emergencia y se realice en el consultorio de un médico fuera de la red se pagará al 50% de lo UCR. Los máximos de gastos de bolsillo no se aplican a los beneficios quirúrgicos que no sean de emergencia proporcionados fuera de la red de PPO.

AMBULANCIA

Después de alcanzar el deducible, se pagarán los gastos del servicio profesional de ambulancia local desde y hacia el hospital en caso de una emergencia médica se pagarán al 80% de la prestación de la PPO hasta el máximo anual de bolsillo. Una vez que se alcance ese máximo de bolsillo, los beneficios se incrementan al 100% de la prestación de la PPO para todas las admisiones aprobadas en un año calendario.

Este beneficio se paga siempre que los beneficios de alojamiento y comida del hospital se paguen por la internación en el hospital y se demuestre que el gasto es médicamente necesario.

SERVICIOS PREVENTIVOS

Los servicios preventivos están cubiertos por el Plan al 100% de la prestación de la PPO cuando los prestan proveedores de servicios de la PPO. Estos servicios incluyen varios tipos de exámenes de salud y vacunas. Consulte el Apéndice A de este documento para obtener una lista completa de los servicios preventivos que actualmente están cubiertos para adultos, mujeres (que incluye la cobertura prenatal) y para niños dependientes hasta los 19 años. Tenga en cuenta que el Plan actualizará de vez en cuando la lista de servicios preventivos cubiertos en el futuro.

Los servicios preventivos para participantes adultos se limitan a una visita anual en el consultorio (que no sea para cobertura prenatal y servicios preventivos separados para mujeres). No hay límite en la cantidad de visitas al consultorio para los servicios preventivos de niños dependientes hasta los 19 años. Si su proveedor no factura un servicio preventivo por separado de una visita al consultorio y el objetivo principal de la visita es la entrega de un servicio preventivo, no se le cobrará un deducible o copago por la visita al consultorio. Sin embargo, si el servicio preventivo no es el objetivo principal de la visita, se le cobrará por la visita al consultorio.

ENFERMEDAD MENTAL, PSICONEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Los beneficios de atención psiquiátrica pagan del tratamiento brindado en relación con lo siguiente:

- Trastornos mentales
- Trastornos psiconeuróticos o de personalidad
- Abuso de sustancias, que incluye alcoholismo y adicciones a los narcóticos

Están disponibles los beneficios de tratamiento tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados. Los beneficios se pagarán hasta los montos máximos indicados en el Programa de beneficios.

BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los beneficios de cuidados paliativos se brindan a personas con cobertura que padecen enfermedades terminales y a sus familias, hasta los máximos indicados en el Programa de beneficios, si el médico del paciente certifica que tiene una enfermedad terminal, ya no recibe tratamiento curativo y tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Los beneficios se pagan por todos los servicios para pacientes internados y ambulatorios prestados por un centro de cuidados paliativos, siempre que los servicios no estén separados por un período de tres meses o más. Si los tratamientos del centro de cuidados paliativos están separados por un período de tres meses o más, cada tratamiento se considera un nuevo período de atención.

Un centro de cuidados paliativos es una organización de atención médica pública o privada con licencia que brinda los siguientes servicios coordinados las 24 horas: atención de enfermería por parte de una enfermera registrada o con su supervisión; terapia física o respiratoria; servicios sociales médicos (dirigidos por un médico); atención médica domiciliaria por un ayudante capacitado; suministros médicos (incluidos medicamentos y productos biológicos); el uso de aparatos médicos; servicios de médicos; atención hospitalaria a corto plazo para dolencias de nivel agudo, control del dolor, tratamiento de síntomas y para proporcionar cuidado de relevo para miembros de la familia; y asesoramiento (que incluye cuestiones alimenticias y de duelo) con respecto a la atención y adaptación a la muerte del paciente.

Los cargos por tratamiento ambulatorio se pagan por los servicios prestados por un médico, una enfermera registrada, un trabajador social, un psicólogo, un fisioterapeuta o un terapeuta respiratorio.

Los beneficios se pagan a los familiares directos del paciente para que reciban consejería por duelo dentro de los tres meses posteriores a la muerte del paciente.

No se pagan beneficios de cuidados paliativos por la atención brindada por los miembros de la familia del paciente, las personas que normalmente viven con el paciente o las personas que normalmente no

cobran por sus servicios.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Los beneficios de medicamentos recetados proporcionan el pago de los cargos de medicamentos recetados elegibles. Este beneficio se paga después de que se cumple con el copago o el coseguro de medicamentos recetados (según corresponda). No hay deducible para los beneficios de medicamentos recetados.

Programa obligatorio de medicamentos genéricos preferidos

Se incluye un Programa obligatorio de medicamentos genéricos preferidos como parte de su cobertura de medicamentos recetados. Según este programa, se le pedirá que use la versión genérica, si está disponible, para todas sus necesidades de recetas. **Si se entrega un medicamento de marca, ya sea por indicación de su médico o por su elección, deberá pagar la diferencia en el costo entre el medicamento comprado y su equivalente genérico, más el copago o coseguro, según corresponda.**

HORARIO DE BENEFICIOS

Medicamentos recetados para participantes activos y sus dependientes

Copagos minoristas (farmacia)	
Genérico	\$0
Marca preferida o incluida en el vademécum.....	\$45
Marca no preferida o no incluida en el vademécum	\$75
Suministro máximo por compra	90 días

Copagos por pedidos por correo

Genérico	\$0
Marca preferida o incluida en el vademécum.....	\$50
Marca no preferida o no incluida en el vademécum	\$90
Suministro máximo por compra	90 días

Máximo anual de gastos de bolsillo..... .. \$3,000 para una persona
\$6,000 para una familia

Una vez que se alcance el máximo anual de gastos de bolsillo por medicamentos recetados, el Fondo pagará el 100% de los costos de los medicamentos recetados durante el resto del año.

Medicamentos recetados para jubilados y sus dependientes elegibles o cónyuges sobrevivientes que no tienen derecho a Medicare

Coseguro minorista (farmacia)

Genérico	\$0
Marca preferida o incluida en el vademécum.....	25%
Marca no preferida o no incluida en el vademécum	25%
Suministro máximo por compra	90 días

Coseguro por pedidos por correo	
Genérico	\$0
Marca preferida o incluida en el vademécum	25%
Marca no preferida o no incluida en el vademécum	25%
Suministro máximo por compra	90 días

Máximo anual de gastos de bolsillo..... .. \$3,000 para una persona
\$6,000 para una familia

Una vez que se alcance el máximo anual de gastos de bolsillo por medicamentos recetados, el Fondo pagará el 100% de los costos de los medicamentos recetados durante el resto del año. Si un miembro individual de la familia alcanzó el máximo de gastos de bolsillo individual del año, el Fondo pagará el 100% de los costos de medicamentos recetados solo para esa persona, incluso si no se alcanzó el máximo de gastos de bolsillo para la familia.

Medicamentos recetados para jubilados y sus dependientes elegibles o cónyuges sobrevivientes que tienen derecho a Medicare

Si tiene derecho a Medicare, debe inscribirse en la Parte D de Medicare y en un programa de medicamentos recetados de Medicare para poder continuar con su cobertura de medicamentos recetados. El Plan le proporcionará un subsidio para ayudarlo a pagar su programa de medicamentos recetados de Medicare si proporciona documentación por escrito oportuna de la compra de dicha cobertura. Comuníquese con la Oficina del Fondo tan pronto como sea elegible para Medicare.

Una vez que haya finalizado su límite de cobertura inicial según la Parte D de Medicare o haya terminado el "período sin cobertura", se le proporcionará una cobertura del 100% para todas las recetas surtidas con un medicamento genérico gracias a su cobertura complementaria mediante Express Scripts. Para todos los medicamentos no genéricos, se le pedirá que pague un coseguro del 25% más la diferencia en el costo entre el medicamento comprado y su genérico equivalente.

MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos y medicamentos que se pueden obtener solo con receta médica y que llevan la leyenda "Precaución, la ley federal prohíbe dispensar sin receta médica" cuando los receta un médico autorizado y no están específicamente excluidos en la sección. *Exclusión y limitaciones.*
- Insulina

Límites con respecto a la cantidad: en general, la cantidad máxima o la cantidad de medicamentos recetados que se considerarán como cargos elegibles no puede exceder un suministro de 90 días cuando se toman de acuerdo con las indicaciones del médico que los receta. Sin embargo, los siguientes medicamentos, entregados en cantidades que no superen las 100 unidades (tabletas, cápsulas, etc.), tendrán cobertura cuando, si se toman de acuerdo con las indicaciones del profesional que los receta, dicha cantidad exceda un suministro de 30 días.

- Nitroglicerina
- Fenobarbital
- Tiroides y sintéticos
- Digitálicos y derivados

- Orinase (tolbutamida)
- Diabenese (clorpropamida)
- DBI, DBI-TD
- Dymelor (acetohexamida)
- Tolinasa (tolazamida)

La insulina se puede recetar en una cantidad que no exceda un vial.

Pedidos por correo. Se puede obtener un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento estándar por medio del

programa de pedidos por correo con el administrador de beneficios de medicamentos recetados. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina del fondo.

Gestión de utilización avanzada

Se requiere que los participantes activos y sus familias participen en el Programa de gestión de utilización avanzada de Express Scripts, que incluye terapia escalonada, administración de la cantidad de medicamentos y/o programas de autorización previa si sus médicos recetan ciertos medicamentos. A continuación, se presenta una muestra de los más frecuentes. Los Fideicomisarios se reservan el derecho a agregar, modificar o eliminar medicamentos del programa si lo consideran prudente a nivel financiero.

- Inhibidores de la bomba de protones, que se usan con frecuencia para tratar la enfermedad de reflujo gástrico (ERGE). (Nexium, Prilosec, etc.)
- Narcóticos, como Oxycontin, Vicodin, etc.

NUEVAS FUNCIONES DEL PROGRAMA VOLUNTARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Ahora puede participar en las siguientes funciones y programas de medicamentos con receta voluntarios que están asociados a Express Scripts.

Programa voluntario Smart90: suministro de medicamentos de mantenimiento durante 90 días

Ahora puede solicitar un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento a una tarifa con descuento en la farmacia de pedidos por correo de Express Scripts o en su CVS local. El copago para estos medicamentos de mantenimiento de 90 días no se modificará, independientemente de si la receta se obtiene en CVS o por correo. El envío es gratuito.

El programa Smart90 es completamente voluntario. Puede continuar con la obtención de los suministros de 30 días de cualquier medicamento en cualquier farmacia minorista dentro de la red sin penalización. Sin embargo, la amplia red de farmacias minoristas se limita a cubrir un suministro de 30 días.

Acceso voluntario a Accredo, la farmacia especializada de Express Scripts

El Plan ahora utilizará Accredo, que es la farmacia especializada Express Scripts, como el proveedor

preferido de medicamentos especializados del Plan. Los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar afecciones complejas, como el cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y afecciones inflamatorias.

Si usa medicamentos especializados, pagará menos al comprarlos mediante Accredo. También puede usar una farmacia que no sea Accredo al costo habitual de la receta según el Plan. Si obtiene sus medicamentos recetados especiales mediante Accredo, pagará solo el copago del plan mientras recibe una variedad de servicios de farmacia especializados, como el acceso a un equipo personalizado de farmacéuticos y enfermeras con capacitación especializada en su afección médica. Para su comodidad, algunos medicamentos especializados se pueden pedir en línea en express-scripts.com.

Programas VoluntarySafeguardRx

Si actualmente toma medicamentos para la hepatitis C, el colesterol o el cáncer, continuará con la obtención de estos medicamentos por medio de la farmacia especializada de Express Script, Accredo. Si está tomando medicamentos para la esclerosis múltiple o afecciones inflamatorias, que incluyen afecciones como la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn y la psoriasis, también comenzará obtener estos medicamentos mediante Accredo. Los miembros tendrán acceso a farmacéuticos especializados en cada uno de los Centros de Recursos Terapéuticos de Express Scripts que se dedican a estas afecciones crónicas.

Puede acceder a un farmacéutico especialista si llama a Express Scripts al número que figura en el reverso de la tarjeta de receta o si usa la función de hacer clic para llamar en el sitio web del miembro de Express Scripts.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA

Los siguientes cargos no están cubiertos para ninguna clase de participante, **salvo que se disponga lo contrario en Servicios preventivos, Apéndice A:**

- Cargos que no figuran como cargos de medicamentos recetados con cobertura;
- Cargos por medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil;
- Cargos por un medicamento o medicina de venta con receta archivada, con patente o de marca registrada que no requiera una receta;
- Cargos por agentes inmunizantes, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo, inyectables o cualquier otro medicamento recetado que indique la administración o el uso por parte de los padres, excepto la insulina, lápices de epinefrina y los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C y la esclerosis múltiple;
- Cargos por vitaminas, recetas de vitaminas (excepto vitaminas prenatales), cosméticos, suplementos dietéticos, productos de salud o de belleza;
- Cargos por medicamentos que deben tomarse o administrarse, en todo o en parte, a la persona mientras se encuentra en un hospital, en un hogar de descanso, en un sanatorio, en un centro de atención prolongada, en un hospital de convalecencia, en un hogar de ancianos o en una institución similar;

- Cargos por medicamentos o medicinas entregados o administrados a la persona elegible por el profesional que receta;
- Cargos por cualquier medicamento que tenga la etiqueta de "Precaución. Limitación de uso investigativo según la ley federal" o medicamentos experimentales, aunque se cobre a la persona y, excepto que se use de otra manera en ensayos clínicos aprobados;
- Cargos por antibióticos orales de más de 40 cápsulas o tabletas por receta;
- Cargos por ungüentos o cremas de más de 4 onzas por receta;
- Cargos por anticonceptivos, materiales anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos o medicamentos para la infertilidad, excepto cuando los receta un médico para tratar una enfermedad (la Oficina del Fondo requerirá la documentación correspondiente)
- Cargos que se pagan según cualquiera de los otros beneficios del plan en la medida en que la parte de dichos cargos se paguen de esta manera;
- Cargos que excedan los cargos habituales, frecuentes y usuales por el medicamento recetado en el área en que se suministra la receta;
- Cargos por cualquier medicamento que no sea médicamente necesario para el tratamiento de la afección por la cual se recetó;
- Anorexígeno (cualquier medicamento utilizado para perder peso)
- Suplementos de fluoruro
- Hormonas de crecimiento
- Minoxidil (Rogaine) para el tratamiento de la alopecia
- Medicamentos para dejar de fumar (Nicorette, Nicoderm, parches)
- Retin-A para personas mayores de 26 años
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, que incluye agujas, jeringas, prendas de apoyo y otras sustancias no médicas, independientemente del uso previsto
- Cargos por administración o inyección de cualquier fármaco
- Cualquier receta que se suministre en exceso de la cantidad especificada por un médico, o cualquier receta que se suministre después de un año del pedido original del médico
- Cargos que se rigen por las *Exclusiones generales vigentes para todos los beneficios*, como se describe en este documento

BENEFICIOS DENTALES

El plan paga el 80% de la atención dental habitual, usual y razonable hasta un máximo anual de \$1,000 por persona con cobertura que sea mayor de 18 años. No hay límite máximo para los hijos dependientes menores de 19 años.

El monto del beneficio pagado depende del tipo de atención o tratamiento provisto, como se describe a continuación. Los siguientes servicios de atención dental están cubiertos por el Plan.

ATENCIÓN PREVENTIVA

El Plan paga el 100% de los cargos habituales, usuales y razonables hasta el máximo anual. La atención preventiva consiste en lo siguiente:

- Visitas y exámenes periódicos: se limita a una vez cada seis meses
- Visitas de emergencia
- Profilaxis, que incluye limpieza de sarro y pulido: se limita a una vez cada seis meses
- Aplicaciones tópicas de flúor: se limita a una vez cada período de doce meses
- Tratamiento paliativo de emergencia
- Consulta con un especialista cuando un dentista general realizó el diagnóstico
- Radiografías y anatomía patológica
 - Radiografías individuales (hasta 13)
 - Panorex: se limita a una vez al año
 - Serie de prótesis completa (14 o más radiografías [se limita a una vez por año])
 - Radiografías de aletas de mordida
- Biopsia y examen de tejido bucal
- Examen microscópico

SERVICIOS DE RECONSTITUCIÓN

El Plan paga el 80% de los cargos habituales, usuales y razonables hasta el máximo anual. Las series de reconstitución consisten en:

- Reconstitución (rellenos):
 - Amalgama, cemento de silicato, plástico y composite
 - Reconstituciones
- Cirugía bucal (con anestesia local):
 - Extracciones
 - Incisión y drenaje de abscesos
 - Alveoplastia con extensión de borde alveolar
 - Sutura, lesión de tejidos blandos
- Periodoncia:
 - Curetaje subgingival, alisado radicular
 - Férula provisional
 - Gingivectomia

- Endodoncia:
 - Recubrimiento de pulpa
 - Endodoncias
 - Apicectomia
- Reparaciones de prótesis
Espaciador, fijo (tipo de banco) y extraíble

ORTODONCIA

El plan pagará el 50% de los cargos habituales, usuales y razonables de ortodoncia y otros tratamientos o procedimientos diseñados para prevenir o corregir la oclusión dental defectuosa hasta un máximo de por vida de \$1,000 por adulto. No hay límite máximo para los hijos dependientes menores de 19 años.

SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

El Plan paga el 80% de los cargos habituales, usuales y razonables hasta el máximo anual. Los servicios de especialidad incluyen:

- Incrustaciones y coronas (no cubiertas si los dientes pueden restaurarse con un material de relleno)
- Coronas
- Dientes artificiales
- Puente extraíble: prótesis dental de una pieza, accesorio de cierre (todos los tipos), incluidos los pónicos
- Puente Maryland
- Implantes dentales
- Dentaduras (técnicas especializadas no elegibles):
 - Completa superior o inferior
 - Dentaduras parciales
 - Reparación de base de prótesis
 - Duplicación de prótesis (caso de salto)

Tenga en cuenta que, dado que existen diferentes maneras para tratar muchas afecciones dentales, el beneficio del Plan se basa en el tratamiento menos costoso que proporcionaría un resultado profesionalmente satisfactorio, según lo determine la Oficina del Fondo.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS DENTALES

No se proporcionan beneficios de atención dental para lo siguiente:

- Reemplazo de un dispositivo protésico perdido, robado o roto;
- Aparatos o restauraciones con el fin de entablillar, aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión;

- Servicios y suministros dentales prestados únicamente con fines estéticos, a menos que se requieran como resultado de una lesión accidental o que se proporcionen específicamente según otra disposición de este Plan;
- Aparatos o sus modificaciones, coronas, puentes o restauraciones de oro para las cuales se realizó la impresión o se preparó el diente antes de que el paciente tuviera cobertura del Plan;
- Disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)
- El tratamiento por parte de cualquier persona que no sea un dentista, excepto que un higienista dental autorizado pueda realizar limpieza, eliminación de sarro y pulido de dientes, si dicho tratamiento se realiza con la supervisión y dirección de un dentista;
- Reemplazo de una prótesis parcial o completa existente, férula o puente fijo; coronas o incrustaciones instaladas como múltiples pilares; férulas para tratamiento periodontal; o aparatos protésicos, fijos o removibles, utilizados como un complemento del tratamiento periodontal, a menos que se presente evidencia adecuada al Fondo de que la prótesis o el puente existente se instaló al menos 36 meses antes de su reemplazo y que el aparato protésico, fijo o removible, es necesario para reemplazar un diente natural perdido. Nota: Esta exclusión no se aplica a los hijos dependientes menores de 19 años, según se define en este documento;
- Medicamentos, medicinas y suministros destinados a la higiene personal, como pasta de dientes y dispositivos de limpieza;
- Selladores dentales;
- Los cargos generados por el tratamiento proporcionado después de que finalizó la cobertura, excepto los cargos por el siguiente tratamiento que ya está en curso cuando finaliza la cobertura, se cubrirán si se completan dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finaliza la cobertura:
 - Aparatos o su modificación para los cuales se tomó una impresión antes de la terminación de los beneficios dentales;
 - Coronas, puentes o restauraciones de oro para las cuales se preparó el diente antes de la finalización de los beneficios dentales; y
 - Tratamiento del conducto radicular siempre que se abra la cámara pulpar, antes de la finalización de los beneficios dentales.
- Artículos sujetos a la *Exclusiones generales vigentes para todos los beneficios* como se describe aquí.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER ATENCIÓN DE LA VISTA EN ESTE PROGRAMA.

- Para obtener una lista de los especialistas de la vista que participan, comuníquese con el número gratuito que figura en el folleto del administrador de beneficios de la vista.

- Comuníquese con el administrador de beneficios de la vista y elija un especialista de la lista de profesionales de la vista participantes.
- Llame al especialista de la vista que usted o sus dependientes elegibles seleccionaron y coordine una cita. Informe al especialista de la vista que está afiliado al administrador de beneficios de la vista.
- No falte a la cita. SI FUERA NECESARIO CANCELARLA, NOTIFIQUE AL CONSULTORIO DEL ESPECIALISTA DE LA VISTA CON UN MÍNIMO DE 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN.
- El especialista de la vista le informará a usted o a sus dependientes elegibles qué otras citas son necesarias.

Si utiliza un proveedor que es miembro de la red de la vista, la Oficina del Fondo pagará directamente al especialista de la vista los servicios cubiertos. Si el proveedor no es miembro de la red de la vista, es posible que también deba pagar sus servicios en su totalidad y solicitar el reembolso al administrador de beneficios de la vista. Es posible que deba pagar otros montos por cualquier otro servicio de la vista que reciba y que no estén cubiertos por el Plan, como se describe a continuación.

SERVICIOS DE LA VISTA CUBIERTOS

El Plan cubre los siguientes servicios de la vista:

- Examen de la vista: una evaluación de las funciones visuales principales para determinar su enfermedad o la de sus dependientes elegibles. Los exámenes de la vista se limitan a un examen cada 12 meses por persona con cobertura.
- Análisis visual: se proporciona un análisis visual cuando una persona con cobertura que necesita atención tiene síntomas relacionados con la vista o cuando el examen de la vista indica la necesidad de recibir atención adicional. Los análisis visuales se limitan a un análisis visual completo por persona con cobertura cada 12 meses. El análisis visual incluye, entre otros:
 - Antecedentes del caso
 - Examen de patología (enfermedad) o anomalías
 - Análisis visual del trabajo
 - Refracción
 - Mediciones de coordinación
 - Análisis de las funciones visuales del punto cercano
 - Exámenes del campo visual
 - Receta de lentes adecuados, si están indicados
 - Tonometría o pruebas de campo para el glaucoma en participantes mayores de 35 años o si hay antecedentes familiares de glaucoma.
- Lentes y marcos: cuando el análisis visual indica que los lentes o marcos son necesarios para la salud visual y el bienestar de una persona con cobertura, estos se suministrarán junto con los servicios profesionales necesarios. Tales servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Receta y pedido de lentes adecuados
- Asistencia en la elección de un marco para el empleado elegible y sus dependientes elegibles cuando esté indicado;
- Verificación de la precisión de los vidrios terminados;
- Ajuste y adaptación adecuada de los anteojos;
- Trabajo de progreso o seguimiento, según sea necesario;
- Ajustes posteriores de los marcos para mantener la comodidad y la eficiencia;
- Consulta e instrucciones sobre problemas de la visión;

Los lentes para cada persona con cobertura se limitan a uno cada 12 meses y los marcos se limitan a uno cada 24 meses.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LA VISTA

Los siguientes servicios y materiales no están cubiertos por el Plan y, si se obtienen, el paciente debe pagarlos directamente al especialista de la vista:

- Suministros y servicios provistos con más frecuencia de lo que se describe en *Servicios de la vista cubiertos*, antes mencionado;
- Lentes de sol, comunes o recetados;
- Procedimientos especiales, tales como ortopedia, entrenamiento de la vista, lentes de contacto con fines estéticos, elementos de ayuda para la visión subnormal, aniseiconía, etc.;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos. Estos están cubiertos por los beneficios médicos y quirúrgicos existentes y cualquier empleado elegible y sus dependientes elegibles que se encuentren en necesidad de dicho tratamiento serán derivados a un especialista. NOTA: la corrección de la visión con láser no está cubierta por el Plan; sin embargo, puede recibir un descuento por medio del administrador de beneficios de la vista;
- Servicios o materiales por los cuales el paciente puede ser compensado según la Ley de Indemnización Laboral o la Ley de Responsabilidad del Empleador, independientemente de su jurisdicción; o servicios que el paciente obtiene sin costo de cualquier organización del gobierno federal, condado, municipio o distrito de servicios especiales;
- Reemplazo de lentes perdidos, robados o rotos;
- El costo de los lentes fotosensibles que supere el costo de los lentes transparentes;
- Todos los tintes;
- El costo de marcos de diseño o especiales;
- Artículos sujetos a la *Exclusiones generales vigentes para todos los beneficios* como se describe a continuación.

EXCLUSIONES GENERALES PARA TODOS LOS BENEFICIOS

(Consulte las otras exclusiones específicas para beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista en sus secciones correspondientes)

No se pagan beneficios por cargos relacionados con lo siguiente:

- Lesiones o enfermedades profesionales, salvo que se disponga lo contrario;
- Lesiones o enfermedades por las cuales los beneficios son pagaderos en virtud de una Ley de Indemnización Laboral, una ley de enfermedades profesionales o leyes similares, independientemente de si se reivindica o no el derecho a los beneficios (excepto los Beneficios de ingresos semanales suplementarios por incapacidad). En casos en que una reclamación de indemnización laboral se impugne de forma activa, los beneficios pueden pagarse si la persona con cobertura y su asesor legal cumplieron con todas las obligaciones en virtud de las disposiciones de *Reembolso* y *subrogación* del Plan, que incluye las obligaciones contraídas según un acuerdo de Reembolso y subrogación.
- Servicio militar, o guerra o cualquier acto de guerra, sea declarado o no;
- Lesiones o enfermedades causadas por o como resultado del empleo de una persona con cobertura por un salario o ganancia, si el empleo no es un empleo con cobertura;
- Lesiones autoinfligidas, que incluye suicidio o intento de suicidio (a menos que resulte de una enfermedad diagnosticada);
- Accidentes de aeronaves, excepto si viaja como pasajero que paga el pasaje en un vuelo de línea regular;
- Internación o servicios provistos en un hospital de la Administración de Veteranos u otro hospital federal, estatal, del condado o municipal, a menos que la ley exija lo contrario;
- Perpetración de un delito mayor o menor, u otra actividad delictiva;
- Participación en un motín.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SALUD

COORDINACIÓN CON OTROS PLANES DE SALUD COLECTIVOS

El Plan incluye una disposición de coordinación de beneficios (COB). Esto rige para personas que están cubiertas por otros planes médicos, incluidos los planes de otros empleadores, planes sindicales y gubernamentales. Según la COB, un plan se considera “principal” y el otro “secundario”. El plan principal siempre paga primero y, por lo general, paga los beneficios habituales completos. Si usted o cualquiera de sus dependientes son elegibles para recibir beneficios de otro plan colectivo que es el plan principal, los beneficios pagados por el Fondo pueden reducirse.

El plan principal se determina en el siguiente orden:

- Un plan que cubre al paciente como empleado o jubilado es un plan principal y cualquier plan que cubre al paciente como dependiente es secundario.
- Cualquier plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios es un plan principal.
- Un plan que cubre al paciente como empleado activo es un plan principal y cualquier plan que cubre al paciente como jubilado o empleado despedido es secundario. Un plan que cubre al paciente como dependiente de un empleado activo es un plan principal y cualquier plan que cubre al paciente como dependiente de un jubilado o empleado despedido es secundario.
- Un plan que cubre a una persona debido a las leyes federales o estatales de continuación de cobertura, como COBRA, es secundario a un plan que cubre a la persona en cualquier otra situación.
- Si no rigen las reglas anteriores, el plan que brindó cobertura a la persona durante el período más prolongado suele ser el plan principal.

REGLAS ESPECIALES PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES

Existen reglas especiales para determinar el plan principal cuando el paciente es un hijo dependiente:

- Si el paciente es un hijo dependiente cuyos padres no están divorciados ni separados, el plan del padre cuyo cumpleaños ocurra primero en el año es el plan principal. En este sentido, el año de nacimiento no es relevante.
- Si el paciente es un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados, el plan del padre a quien un tribunal le ordenó la provisión de cobertura de salud para el paciente es el plan principal. Si no hay una orden judicial que exija a alguno de los padres que brinde cobertura médica, el plan del padre que tiene la custodia del hijo dependiente es el principal. El plan del cónyuge del padre que tiene la custodia es el plan secundario, y el plan del otro padre biológico está en tercer nivel de prioridad.
- Si la coordinación de beneficios en cuanto a la cobertura principal o secundaria de un hijo dependiente se establece de conformidad con una orden judicial, entonces se respetará la orden judicial.

CÓMO SE COORDINAN LOS BENEFICIOS

El plan principal pagará su reclamación como si no hubiera otra cobertura involucrada. Cuando el Fondo es el plan secundario, realizará pagos según el saldo restante, si lo hubiera, después de que el plan de atención principal de salud haya pagado o hubiera pagado si se hubiera presentado una reclamación adecuada. El Fondo no pagará más que ese saldo hasta el monto que hubiera pagado si hubiera sido el plan principal.

El Fondo pagará solo por los servicios de atención médica que están cubiertos por el Plan y no pagará más que el "gasto permitido" para la atención de salud involucrada. Un gasto permitido es aquel que se considera necesario, razonable y habitual para la atención médica cuando el artículo tiene cobertura, al menos en parte, en cualquiera de los planes involucrados. Los gastos permitidos no incluyen el

monto de una reducción de beneficios en el plan principal porque el paciente no cumple con las disposiciones del plan, como las segundas opiniones quirúrgicas, la certificación previa de admisiones o servicios, o las disposiciones de los proveedores preferidos.

Estas rigen solo cuando otro plan es el principal y este plan es secundario. Si el Fondo es el plan principal, sus beneficios se determinan como si no hubiera otro plan; sin embargo, el plan secundario podría pagar beneficios adicionales.

Para asegurarse de que reciba los beneficios a los que tiene derecho de ambos planes, es importante que presente sus reclamaciones de forma correcta. Por ejemplo, cuando presenta una reclamación por su cónyuge, asegúrese de hacerlo primero en su plan. Una vez que haya recibido el pago del plan de su cónyuge, puede presentar el pago de este plan. Cuando presente una reclamación al segundo plan, asegúrese de incluir la Explicación de beneficios (EOB) del plan principal y otra copia de la factura.

Para ser elegible para la coordinación de beneficios con este Plan, el participante debe cumplir con todas las pautas del pagador principal.

COORDINACIÓN CON MEDICARE

El plan coordina con Medicare según la situación de empleo y el motivo de elegibilidad de Medicare. Los beneficios para gastos médicos de jubilados y sus cónyuges que cumplieron 65 años se coordinarán con las partes A y B de Medicare, como se describe a continuación. El Fondo se considerará su proveedor "secundario". Esto significa que el Fondo solo tendrá en cuenta los cargos no pagados por las Partes A y B de Medicare hasta los límites de los beneficios que se describen en este folleto. No hay beneficio por tiempo perdido del Fondo de Salud para el participante jubilado.

Debe tener las Partes A y B de Medicare para que el Fondo realice el pago de sus reclamaciones.

ES EMPLEADO ACTIVO Y USTED O SU CÓNYUGE TIENE MÁS DE 65 AÑOS

En general, mientras trabaje en forma activa, el Fondo será el plan principal y Medicare el plan secundario. Sin embargo, puede elegir estar cubierto solo por Medicare. En ese caso, finalizará su cobertura con el Plan de Salud y Bienestar. Su cónyuge con cobertura tendrá las mismas opciones a los 65 años, sin importar la edad que tenga en ese momento.

ESTÁ JUBILADO Y USTED O SU CÓNYUGE TIENE MÁS DE 65 AÑOS

Si está jubilado y usted o su cónyuge tiene más 65 años, Medicare es el plan principal y paga los beneficios primero. Luego, el Fondo paga lo que pagaría normalmente, menos los beneficios proporcionados por las partes A y B de Medicare (o lo que hubiera sido pagado por Medicare si usted o su cónyuge se hubieran inscrito para esa cobertura).

Usted y su cónyuge deben comunicarse con la Oficina del Seguro Social con respecto a la Parte A y la Parte B de Medicare al menos tres (3) meses antes de cumplir los 65 años.

USTED, SU CÓNYUGE O SU DEPENDIENTE TIENEN ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL

Si usted, su cónyuge o un dependiente con cobertura es elegible para Medicare debido a una

enfermedad renal en etapa terminal, el Fondo es el plan principal durante al menos los primeros 30 meses de tratamiento de diálisis; después de ese período inicial, Medicare será el plan principal y el Fondo el secundario.

USTED, SU CÓNYUGE O SU DEPENDIENTE ESTÁN INCAPACITADOS

Una persona incapacitada menor de 65 años se vuelve elegible para Medicare si la incapacidad está certificada por la Administración del Seguro Social y tiene una duración de al menos 24 meses. Si esto se aplica a su cónyuge o un dependiente con cobertura, y usted es un empleado activo, el Fondo es el plan principal y Medicare es el plan secundario. Medicare se convertirá en el plan principal cuando ya no trabaje en forma activa.

Tenga en cuenta que si está jubilado y su cónyuge discapacitado tiene otra cobertura colectiva como empleado activo, los beneficios se pagan en el siguiente orden:

- La cobertura del cónyuge es el pagador principal.
- Medicare es el pagador secundario.
- El Fondo de Salud del Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT paga como tercer pagador hasta el límite de los beneficios proporcionados por el Fondo.

BENEFICIOS POR MUERTE Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

HORARIO DE BENEFICIOS

Beneficio por muerte (solo participantes)

Se paga la muerte por cualquier causa \$5,000

Muerte accidental y desmembramiento (solo participantes)

Por muerte accidental \$5,000

Por pérdida accidental de dos miembros (manos, pies, ojos) \$5,000

Por pérdida accidental de un miembro (mano, pie, ojo) \$2,500

El beneficio por muerte y el beneficio por muerte accidental y desmembramiento solo se pagarán en nombre de los participantes activos o jubilados que cumplan con los requisitos de elegibilidad del Plan a partir de la fecha de su muerte o la fecha de su desmembramiento accidental.

Los beneficios por muerte y los beneficios por muerte accidental se pagan al beneficiario que usted designe, como se muestra en los registros de la Oficina del Fondo. Todos los demás beneficios se le pagarán a usted. Si nombra a más de un beneficiario y no especifica la cantidad de beneficios que se pagarán a cada uno, los beneficios se pagarán en partes iguales o al sobreviviente. Si no nombra a un beneficiario, el pago se hará a su viuda o viudo, si vive; de lo contrario, a sus hijos vivos, si los hubiera. Si no los hubiera, a sus padres, si están vivos, o a su herederos.

Puede cambiar su beneficiario sin autorización del beneficiario mediante notificación por escrito a la Oficina del Fondo. El cambio entrará en vigencia en la fecha en que firme el aviso. Para obtener el

formulario correspondiente, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Sus beneficios por desmembramiento accidental son pagaderos únicamente a usted, el participante.

BENEFICIOS POR MUERTE

Sus beneficios por muerte son proporcionados por el Fondo y se cubren tanto dentro como fuera del trabajo. Si usted fallece mientras es elegible para recibir beneficios, el monto de su seguro de beneficios por muerte se pagará a su beneficiario designado.

Usted puede no asignar su beneficio por muerte.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Comuníquese con la Oficina del Fondo para completar los formularios correspondientes para presentar una reclamación de beneficios por muerte. Los procedimientos para la presentación de reclamaciones se establecen en la sección *Procedimientos de reclamaciones para beneficios por muerte y beneficios por muerte accidental y desmembramiento*. Tenga en cuenta que todas las reclamaciones de beneficios por muerte y beneficios por muerte accidental y desmembramiento deben enviarse al Fondo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del fallecimiento del participante.

BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Sus beneficios por muerte accidental y desmembramiento son proporcionados por el Fondo y se cubren tanto dentro como fuera del trabajo.

Si muere o sufre la pérdida de una extremidad o de la vista como resultado de un accidente con cobertura y dentro de los 90 días de ocurrido el accidente, el Plan pagará el monto del beneficio como se muestra en la *Programa de beneficios* antes mencionado. No se pagarán más de \$5,000 por todas las pérdidas resultantes de un solo accidente.

La Oficina del Fondo debe ser notificada de cualquier pérdida dentro de los veinte (20) días posteriores al accidente. La prueba por escrito de su lesión debe enviarse a la Oficina del Fideicomiso dentro de los noventa (90) días. Para obtener los formularios correspondientes, comuníquese con la Oficina del Fondo. Todas las reclamaciones deben presentarse, con la documentación correspondiente, dentro de los 12 meses posteriores a la lesión.

Las reclamaciones por muerte accidental se presentan de la misma manera que las reclamaciones para el beneficio por muerte. Los procedimientos se describen más adelante en esta Descripción resumida del plan. Todas las reclamaciones deben presentarse, con la documentación correspondiente, dentro de los 12 meses posteriores a la lesión.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO POR MUERTE Y DEL BENEFICIO POR AD&D

El Plan no pagará las pérdidas que sean consecuencia de lo siguiente:

- Cometer o intentar cometer una agresión o delito grave;
- Lesiones autoinfligidas;
- Sublevación o guerra;
- Participación en un motín;
- Enfermedad del cuerpo, enfermedad mental, tratamiento o diagnóstico médico o quirúrgico, tomaína, infección bacteriana, intoxicación o asfixia a causa de la inhalación de gases.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Comuníquese con la Oficina del Fondo para completar los formularios correspondientes a fin de presentar una reclamación de beneficios por muerte accidental y desmembramiento. Los procedimientos para la presentación de reclamaciones se establecen en la sección *Procedimientos de reclamaciones para beneficios por muerte y beneficios por muerte accidental y desmembramiento*.

INGRESOS POR INCAPACIDAD/BENEFICIOS POR TIEMPO PERDIDO

HORARIO DE BENEFICIOS

Beneficio de ingresos semanales por incapacidad (Solo participantes)

Se paga por la pérdida de tiempo no laboral

Cantidad de semanas que se pagan por año calendario26

Día de inicio de la cobertura:

Por lesión..... Primer día

Por enfermedad..... Octavo día

Beneficio semanal:

Primeras trece semanas \$400

Siguientes trece semanas..... \$300

No se proporcionarán beneficios a los participantes que cobren beneficios de desempleo durante sus períodos de incapacidad.

BENEFICIOS DE INGRESOS SEMANALES POR INCAPACIDAD

Los beneficios de ingresos semanales por incapacidad se pagana hasta el máximo indicado en el Programa de beneficios por cualquier pérdida de ingresos debido a una lesión o enfermedad no laboral que genere su incapacidad. Una lesión o enfermedad no laboral es aquella que no se produce como resultado de o durante su empleo y que no está cubierta por ninguna ley de indemnización laboral.

Los beneficios comienzan el primer día de incapacidad debido a una lesión y en el octavo día de incapacidad debido a una enfermedad, y continúan durante un máximo de 26 semanas durante un período continuo de incapacidad.

No se pagan beneficios de ingresos semanales por incapacidad por ningún período en que reciba un

salario de empleador, un beneficio de pensión del Fondo de Pensiones de IUPAT o beneficios de desempleo, o por cualquier período en que no esté bajo atención médica. No se pagan beneficios de ingresos semanales por incapacidad si está inscrito en COBRA o si su elegibilidad se basa en las contribuciones personales que actualmente realiza. Si recibe beneficios de manera involuntaria mientras también recibe un salario o pensión, debe reembolsar al Fondo todos los beneficios que reciba durante ese período.

La incapacidad no requiere que deba permanecer en su casa. Sin embargo, debe estar con atención directa de un médico, según lo certificado en un formulario proporcionado por la Oficina del Fondo. Para certificar su incapacidad continua, el Fondo puede exigirle que sea examinado en forma periódica por un médico.

INCAPACIDAD CONTINUA – INCAPACIDAD NUEVA

Un período continuo de incapacidad incluye todos los períodos de incapacidad resultantes de la misma causa o relacionados con dicha causa que estén separados por menos por dos semanas de trabajo continuo, a tiempo completo y activo. Cualquier incapacidad posterior se considerará una nueva incapacidad independientemente de su causa o causas. Los períodos de incapacidad resultantes de causas diferentes o no relacionadas se consideran períodos separados de incapacidad, independientemente de si regresa a trabajar entre cada período de incapacidad.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener los formularios que debe completar el médico que le proporciona tratamiento por su incapacidad. Los procedimientos para la presentación de reclamaciones se establecen en la sección *Procedimientos de reclamaciones para beneficios de salud e incapacidad*.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y REVISIÓN DE POLÍTICAS

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES PARA BENEFICIOS DE SALUD E INGRESOS SEMANALES POR INCAPACIDAD

TODAS LAS RECLAMACIONES DE BENEFICIOS DEBEN HACERSE DENTRO DE UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE GENERARON LOS GASTOS. UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA MÁS DE UN AÑO DESPUÉS DE QUE SE INCURRIÓ EL GASTO SERÁ RECHAZADA DE FORMA AUTOMÁTICA.

TENGA EN CUENTA QUE LA PERSONA QUE RECLAMA NI SU REPRESENTANTE TIENE DERECHO A UNA AUDIENCIA U OTRA PRESENTACIÓN PERSONAL EN LA OFICINA DEL FONDO O ANTES DE QUE EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN PRESENTE UNA DEMANDA O APELACIÓN.

CONSULTAS SOBRE RECLAMACIONES

Si tiene una pregunta sobre la cobertura de servicios que no se describe específicamente en la Descripción resumida del plan, envíela por escrito a la Oficina del Fondo. **No confíe solo en una**

verificación verbal; solicite una declaración por escrito antes de continuar con el servicio médico contemplado. El Fondo no pagará los cargos no cubiertos a menos que haya proporcionado previamente una declaración por escrito a la persona que reclama de que el servicio médico tiene cobertura y esa declaración se proporciona al Fondo debido a su solicitud.

PLAZOS

Los procedimientos de reclamación tienen varios plazos dentro de los cuales, la persona que reclama debe presentar una reclamación o apelación y dentro de los cuales el Fondo o la Junta Directiva deben emitir una decisión sobre dicha reclamación o apelación.

El Fondo o la Junta Directiva pueden acordar extender los límites de tiempo correspondientes para una reclamación y la persona que reclama puede acordar prolongar cualquier límite de tiempo dentro del cual el Fondo o la Junta Directiva debe emitir una decisión. Cualquier acuerdo para extender un límite de tiempo aplicable debe ser conocido, explícito y estar confirmado por escrito antes de que venza dicho período.

DEFINICIONES APLICABLES

Para entender cómo se procesará su reclamación o apelación, es importante que entienda cómo se clasifican. A continuación, se detalla una definición o explicación de cada categoría que utilizará el Plan:

- Una **reclamación previa al servicio** es una reclamación de un beneficio que requiere aprobación previa según los términos del plan, como la certificación previa de admisión para pacientes hospitalizados y otras certificaciones previas que se detallan en la descripción resumida del Plan.
- Una **reclamación de atención urgente** es un tipo de reclamación previa al servicio que, si se siguieran los plazos habituales para la gestión de reclamaciones previas al servicio: (1) podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima o (2), según la opinión de un proveedor de atención médica con conocimiento de su afección, lo expondría a un dolor intenso que no podría manejarse adecuadamente sin la atención o tratamiento que es el asunto de la reclamación.
- Una **reclamación posterior al servicio** es una reclamación de un beneficio que no requiere aprobación previa según los términos del Plan. Una reclamación posterior al servicio implica una reclamación de pago o reembolso por atención médica o suministros que ya se recibieron.
- Una **reclamación por incapacidad** es una reclamación de beneficios que puede pagarse en función de una determinación de que no puede trabajar, como los beneficios de ingresos semanales por incapacidad o tiempo perdido. En general, las reclamaciones por incapacidad se manejarán como reclamaciones de beneficios de salud posteriores al servicio; sin embargo, hay algunos plazos especiales que se aplican al procesamiento de una reclamación por incapacidad.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES INICIALES POR BENEFICIOS

Reclamaciones previas al servicio y de atención urgente. Una reclamación previa al servicio, que incluye una reclamación de atención urgente, se considerará presentada cuando se reciba una solicitud de certificación previa por parte de American Health Holdings al 1-800-641-5566.

Reclamaciones presentadas en forma incorrecta. Si no se siguen los procedimientos del plan para presentar una reclamación previa al servicio, se le notificará a usted o a su proveedor de atención médica de los procedimientos apropiados si:

(1) la solicitud de aprobación previa fue recibida por alguien que habitualmente es responsable de manejar los asuntos relacionados con los beneficios y (2) la comunicación identifica a la persona que reclama, el tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita la aprobación y los fundamentos médicos de la solicitud. La notificación de una reclamación presentada incorrectamente se proporcionará en un plazo que no supere las 24 horas (para reclamaciones de atención urgente) o cinco días calendario (para todas las demás reclamaciones previas al servicio) después de que se reciba la reclamación presentada de forma incorrecta. Este aviso puede ser en forma oral, a menos que solicite una notificación por escrito.

Reclamaciones posteriores al servicio. En general, los proveedores de la PPO presentarán sus reclamaciones para el pago directamente a CareFirst. Si obtiene servicios de un proveedor que no está afiliado a Carefirst, debe pagar los servicios y presentar una reclamación de reembolso a:

Fondo de Salud del Consejo de Distrito N.º 51 de IUPAT
c/o Zenith American Solutions
401 Liberty Avenue
Suite1200
Three Gateway Center
Pittsburgh, PA 15222
(412) 471-2885 or toll free (800) 242-8923

Una reclamación de servicios puede presentarse ante la Oficina del Fondo mediante el uso de un formulario de reclamación genérico, una factura detallada o el formulario de Declaración de reclamación personalizado del Fondo. Cualquiera que sea el método utilizado, tenga en cuenta que todos los formatos deben contener la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de identificación federal del médico, proveedor de servicios o dentista;
- Nombre y dirección del paciente;
- Número de Seguro Social del *participante*;
- Número de grupo o nombre del sindicato del participante;
- Fecha en que se realizó cada servicio;
- Cargo por cada servicio;
- Código de procedimiento o descripción de cada servicio;
- Diagnóstico.

Al presentar su reclamación, debe enviar un original de la factura. No se aceptan fotocopias de facturas, excepto en las siguientes circunstancias:

- Cuando está involucrado otro seguro colectivo y el Fondo es el pagador secundario;
- La facturación es una lista detallada y continua de todos los cargos y pagos del médico;
- Se perdió la factura original. En ese caso, la fotocopia debe enviarse con una declaración firmada por el participante de que se perdió el original.

Al presentar una reclamación de pago "secundario", debe adjuntar una copia de la explicación de beneficios del otro seguro para la reclamación. Esta información es necesaria para procesar su reclamación; sin esta información, se retrasará el procesamiento.

Reclamaciones por incapacidad. Debe presentar una reclamación de Beneficios de ingresos semanales por incapacidad a la Oficina del Fondo.

Beneficios de ingresos semanales por incapacidad/tiempo perdido. Su reclamación inicial de beneficios de ingresos semanales por incapacidad o tiempo perdido debe hacerse lo antes posible, aunque los beneficios no se paguen de inmediato. Consulte la sección *Beneficios de ingresos semanales por incapacidad/tiempo perdido* para detalles adicionales.

Complete y firme la Parte 1, 2 o 3 del formulario de reclamación por incapacidad, luego pida a su médico a cargo del tratamiento que complete y firme la Parte 4, que incluye la duración estimada de su incapacidad. Las reclamaciones por la continuidad de beneficios de ingresos semanales por incapacidad o tiempo perdido deben presentarse a intervalos regulares a partir de la primera vez, según lo requiera la Oficina del Fondo, siempre y cuando esté discapacitado y los beneficios aún no se hayan pagado. Los formularios médicos para la continuidad de los beneficios por tiempo perdido siempre deben ser completados por usted y el médico que lo atiende.

DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES INICIALES

Los plazos para tomar la decisión inicial con respecto a una reclamación y los procedimientos para notificarle sobre esa decisión dependen del tipo de reclamación.

Reclamaciones de atención urgente. Se le notificará si su reclamación de atención urgente se aprobó o denegó lo antes posible, pero en ningún caso después de las 72 horas después de recibir la reclamación. Si se necesita más información para tomar una decisión, se le informará sobre los datos específicos requeridos para completar la reclamación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación. Tendrá al menos 48 horas para proporcionar la información necesaria. Se le notificará la determinación dentro de las 48 horas posteriores a: (1) la recepción por parte del plan de la información solicitada o (2) el final del período que se le concedió para proporcionar la información. Si no proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará sin dicha información.

Reclamaciones previas al servicio. Se le notificará si su reclamación previa al servicio se aprobó rechazó dentro de un plazo razonable y adecuado a las circunstancias médicas involucradas, pero que en ningún caso superará los 15 días después de recibida la reclamación. El período de 15 días puede extenderse por otros 15 días si la extensión es necesaria debido a asuntos que exceden el ámbito del plan y se le notificará de la extensión antes de que venza el período inicial de 15 días. Si la extensión es necesaria porque no presentó la información requerida para decidir sobre la reclamación, el aviso de extensión describirá específicamente la información necesaria para completar la reclamación. Tendrá un mínimo de 45 días a partir de la fecha en que reciba la notificación para proporcionar la información solicitada. El plazo para decidir sobre la reclamación se suspenderá desde la fecha en que se envíe el aviso de extensión hasta la fecha en que usted responda al aviso. Si proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará dentro del tiempo especificado en el aviso de extensión. Si no proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará sin dicha información.

Tratamientos aprobados previamente

- Si el Plan aprobó previamente un curso de tratamiento continuo que se brindaría durante un período de tiempo o que involucraría un número específico de tratamientos y usted desea extender el curso de tratamiento más allá del que se había aprobado, puede solicitar una extensión.
Si la reclamación involucra atención de urgencia, se le notificará si la extensión ha sido aprobada o rechazada no más de 24 horas después de que se recibe su solicitud, siempre que realice dicha solicitud al menos 24 horas antes del final del período de tiempo aprobado previamente o antes de que recibiera todos los tratamientos aprobados previamente. Si la solicitud de una extensión se realiza menos de 24 horas antes de que finalice el período de tiempo prescrito o la cantidad de tratamientos, la solicitud se tratará como una nueva reclamación de atención de urgencia y se determinará dentro del plazo general aplicable a las reclamaciones de atención de urgencia. Si la reclamación no implica atención de urgencia, la solicitud de extensión se tratará como una nueva reclamación previa al servicio y se decidirá dentro del plazo aplicable a las reclamaciones previas al servicio como se describe anteriormente.
- Si el Plan aprobó previamente un curso de tratamiento continuo que se brindaría durante un período de tiempo o que involucraría un número específico de tratamientos, cualquier decisión del plan de reducir o finalizar ese tratamiento (que no sea una modificación o la finalización del plan) antes del final de dicho período de tiempo o antes de que se hayan recibido todos los tratamientos aprobados, se considerará una denegación de beneficios. Se le notificará con suficiente antelación de dicha reducción o finalización para permitirle apelar y obtener una determinación sobre la apelación antes de que se reduzca o finalice el beneficio.

Reclamaciones posteriores al servicio. Se le notificará la decisión sobre su reclamación posterior al servicio dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 30 días después de que esta se recibe. Este período de tiempo puede extenderse por 15 días adicionales cuando sea necesario debido a asuntos que exceden el control del plan o si su reclamación está incompleta. Se le informará por escrito de la necesidad de una extensión durante el período inicial de 30 días y se tomará una decisión no más de 45 días después de la fecha en que se presentó la reclamación. Si la extensión es necesaria debido a que su reclamación está incompleta, el aviso describirá específicamente la información necesaria para completarla y se le otorgará 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información. El plazo para determinar la reclamación se suspenderá desde la fecha en que se envía el aviso de extensión hasta la fecha en que usted responde a dicho aviso. Si proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará dentro del tiempo especificado en el aviso de extensión. Si no proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará sin dicha información.

Reclamaciones por incapacidad. Se le notificará la decisión sobre su reclamación por incapacidad dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de que esta se reciba. Este período de tiempo puede extenderse por 60 días adicionales, en dos extensiones de 30 días, cuando sea necesario debido a asuntos que exceden el control del Fondo. Se le informará por escrito de la necesidad de una extensión durante el período inicial de 45 días y se le notificará de la necesidad de una segunda extensión de tiempo antes del final del primer período de extensión. El aviso explicará

específicamente los estándares en los que se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que impiden una decisión y cualquier información adicional necesaria para resolver esos problemas.

Se le permitirá 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar cualquier información adicional solicitada. Si no proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará sin dicha información.

SI SU RECLAMACIÓN ES DENEGADA

Si su reclamación de un beneficio es denegada en su totalidad o en parte, recibirá un aviso por escrito que le proporcionará:

- Una explicación de la(s) razón(es) específica(s) de la denegación, y una descripción de cualquier norma (como la “necesidad médica”) utilizada para denegar la reclamación.
- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y el monto de la reclamación.
- Una oferta para proporcionar códigos relevantes de diagnóstico y tratamiento (y los significados correspondientes de esos códigos), a petición y sin cargo.
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basó la determinación.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para completar la reclamación y una explicación de por qué es necesario tal material o información.
- Una descripción de los pasos que debe seguir (incluidos los plazos establecidos aplicables) si desea apelar la denegación de su reclamación (incluso a través de una solicitud de revisión externa), que incluye:
 - Su derecho a enviar comentarios por escrito y que estos se consideren;
 - Su derecho a recibir (a petición y sin cargo) acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación; y
 - Su derecho a iniciar una demanda civil en virtud del Artículo 502 de ERISA si su reclamación se rechaza después de una revisión externa.
- Si para denegar la reclamación se basó en una regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar:
 - Una descripción de la regla, directriz, protocolo o criterio específicos en los que se basó; o
 - Una declaración de que una copia de dicha regla, directriz, protocolo o criterio se proporcionará de forma gratuita a petición.
 -
- Si el fundamento para la denegación fue una necesidad médica o una determinación de tratamiento experimental o de investigación o exclusión o límite similar:
 - Una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias; o
 - Una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a petición.
- En el caso de una denegación de una reclamación de atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerada correspondiente a dicha reclamación.
- Información de contacto para cualquier programa estatal de Asistencia al consumidor, si está disponible en su estado, para ayudarlo con la apelación interna.

REVISIÓN DE RECLAMACIONES DENEGADAS

Para apelar la determinación tiene 180 días calendario después de recibir la notificación de que su reclamación ha sido denegada en su totalidad o en parte.

Atención urgente y reclamaciones previas al servicio. Las apelaciones de decisiones relacionadas con reclamaciones de atención urgente y apelaciones de reclamaciones previas al servicio (por ejemplo, reclamaciones relacionadas con la certificación previa para la admisión en el hospital, centros de rehabilitación, centros de enfermería especializada o para la gestión de casos, etc.) deben enviarse a:

American Health Holdings
1-800-641-5566

Reclamaciones posteriores al servicio y reclamaciones por incapacidad. Las apelaciones de decisiones relacionadas con reclamaciones posteriores al servicio deben enviarse a:

Junta Directiva del Fideicomiso
Fondo de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT
c/o Zenith American Solutions
3 Gateway Center
401 Liberty Ave., Ste. 1200
Pittsburgh, PA 15222-1024

Las apelaciones de reclamaciones de atención de urgencia y las apelaciones de reclamaciones de primer nivel antes del servicio se pueden presentar por escrito o oralmente. Las apelaciones de reclamaciones posteriores al servicio deben hacerse por escrito.

Su apelación debe establecer las razones por las que cree que la reclamación no debería haber sido denegada y también debe incluir cualquier información de respaldo adicional, documentos o comentarios que considere apropiados.

A petición, se le proporcionará acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación, sin cargo alguno. También puede solicitar al plan que identifique a cualquier experto médico o profesional del que recibió asesoramiento en relación con la determinación del beneficio, independientemente de si se basó en dicho asesoramiento para tomar la determinación inicial del beneficio.

Se le proporcionará, de forma gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional que se considerará, se basará o se generará por, o bajo la dirección del plan en relación con su apelación. También se le proporcionará, sin cargo, cualquier razón nueva o adicional que se utilice para responder a su reclamación. Deberá recibir dicha información con respecto a la evidencia o razón nueva o adicional con suficiente antelación al plazo previsto para que el plan responda a su apelación a fin de brindarle una oportunidad razonable de responder antes de la fecha límite del plan.

Procedimientos acelerados para reclamaciones de atención urgente Puede solicitar una apelación acelerada de una denegación relacionada con una reclamación de atención de urgencia. Esta solicitud puede ser oral o escrita.

En estos procedimientos acelerados, toda la información necesaria, incluida la determinación sobre la apelación, puede transmitirse por teléfono, fax u otro método rápido disponible. El número de teléfono para iniciar una apelación acelerada se proporciona arriba.

DETERMINACIONES SOBRE LA APELACIÓN

El plazo para tomar una decisión sobre la apelación depende del tipo de reclamación:

Reclamaciones de atención urgente. Se le notificará la determinación sobre la apelación tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta la urgencia médica de la situación, pero en ningún caso más de 72 horas después de recibida su apelación.

Reclamaciones previas al servicio. Se le notificará la decisión sobre la apelación dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 15 días después de que se reciba la misma. Si no está satisfecho con la decisión, tiene derecho a presentar una apelación de segundo nivel ante la Junta Directiva.

Su solicitud de apelación de segundo nivel debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación de primer nivel y debe hacerse por escrito. Las apelaciones deben presentarse a la Junta Directiva en la dirección que se muestra arriba. Se le notificará la decisión sobre su apelación de segundo nivel a más tardar 15 días después de ser presentada.

Reclamaciones posteriores al servicio y reclamaciones por incapacidad. La Junta Directiva o un subcomité designado de Fideicomisarios revisarán y decidirán su apelación en la reunión trimestral inmediatamente después de recibir su apelación, a menos que la Oficina del Fondo reciba su apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la reunión. En ese caso, su apelación se revisará en la segunda reunión trimestral posterior a la recepción de la apelación. Es posible que desee comunicarse con la Oficina del Fondo en relación con la fecha de la próxima reunión para que pueda presentar su apelación a tiempo para que sea tratada en esa reunión. Si las circunstancias especiales requieren una extensión adicional del tiempo de revisión, la decisión sobre la apelación se tomará a más tardar en la tercera reunión directiva luego de la recepción de su apelación. Se le notificará por escrito antes de la extensión de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en que los miembros de la junta directiva esperan llegar a una decisión. Recibirá un aviso por escrito o de forma electrónica de dicha decisión después de la revisión de los Fideicomisarios dentro de los 5 días de la fecha en que se tomó la decisión. Si los Fideicomisarios necesitan más información de usted, el tiempo para tomar una decisión sobre su apelación se suspenderá desde la fecha en que se le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud.

La revisión de la apelación tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación que presente, sin importar si dicha información se presentó o consideró en la determinación inicial de beneficios o en un nivel inferior de apelación. La revisión no tendrá en cuenta la denegación inicial o, si hay más de un nivel de apelación, a la decisión en un nivel más bajo de apelación. Además, la persona que determina su apelación no será la misma persona que inicialmente determinó su reclamación o tomó una decisión en un nivel más bajo de apelación y no será el subordinado de esa persona.

Se puede consultar a un profesional de la salud al determinar su apelación, siempre que el profesional de la salud consultado en relación con su apelación no haya estado involucrado en la determinación

inicial de beneficios o en un nivel inferior de apelación ni sea un subordinado del profesional de la salud que estuvo involucrado.

Excepto en los casos en que se proporcione un aviso conforme a los procedimientos acelerados para reclamaciones de atención de urgencia descritas anteriormente, se le notificará por escrito la decisión de la apelación. Si la decisión confirma la denegación de su reclamación, la notificación proporcionará:

- Una explicación de la(s) razón(es) específica(s) de la denegación, y una descripción de cualquier norma (como la “necesidad médica”) utilizada para denegar la reclamación;
- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y el monto de la reclamación;
- Una oferta para proporcionar códigos relevantes de diagnóstico y tratamiento (y los significados correspondientes de esos códigos), a petición y sin cargo;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basó la determinación. Una descripción de su derecho a recibir (a petición y sin cargo) acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación;
- Si la denegación se basó en una necesidad médica o una determinación de tratamiento experimental o de investigación o exclusión o límite similar:
 - Una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias; o
 - Una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a petición.
- Si para denegar la reclamación se basó en una regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar:
 - Una descripción de la regla, directriz, protocolo o criterio específicos en los que se basó; o
 - Una declaración de que una copia de dicha regla, directriz, protocolo o criterio se proporcionará de forma gratuita a petición;
- Una declaración de los procesos de revisión externa disponibles, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación externa;
- Una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil bajo el Artículo 502 de ERISA;
- Información de contacto para cualquier programa estatal de Asistencia al Consumidor, si está disponible en su estado, para ayudarlo con los procesos de revisión externa.

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede autorizar a otra persona para presentar una reclamación o una apelación en su nombre. Generalmente, esta autorización debe ser por escrito y estar firmada por usted; sin embargo, en el caso de una reclamación de atención de urgencia, a un médico u otro profesional de la salud que esté autorizado, acreditado o certificado para realizar servicios de salud específicos de acuerdo con la ley estatal y que tenga conocimiento de su afección médica se lo reconocerá como su representante

autorizado, incluso si no se presenta ninguna designación por escrito. Cualquier referencia en estos procedimientos de reclamación a "usted" está destinada a incluir a su representante autorizado.

Una asignación a un proveedor de atención médica para fines de pago no constituye el nombramiento de un representante autorizado conforme a estos procedimientos de reclamaciones.

REVISIÓN EXTERNA:

Al agotarse el proceso de revisión interna del Plan, tiene derecho a solicitar una revisión externa de cualquier denegación de reclamación basada en una necesidad médica, la adecuación, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad del beneficio cubierto. Sin embargo, no se requerirá el agotamiento del proceso de revisión interna si: (a) el Plan renuncia al requisito de agotamiento; (b) el Plan no cumple con los requisitos del proceso interno de apelaciones, excepto en el caso de fallas que se basan en violaciones mínimas que no causan, ni es probable que causen, perjuicio o daño a usted; o (c) usted solicita simultáneamente una apelación interna acelerada y una revisión externa acelerada.

La revisión externa será realizada por profesionales de atención médica independientes ("IRO") calificados para abordar su reclamación. El Plan realizará una asignación rotativa a una de al menos tres IRO calificadas disponibles para dichas revisiones externas, para garantizar la imparcialidad en el proceso de asignación. La decisión de las IRO será vinculante para usted, así como para el Plan.

Puede presentar una solicitud de revisión externa dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la recepción de la notificación de la determinación adversa final interna de beneficios a:

A LA ATENCIÓN DE: SOLICITUD DE REVISION EXTERNA
Fondo de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT
c/o Zenith American Solutions
3 Gateway Center
401 Liberty Ave., Ste. 1200
Pittsburgh, PA 15222-1024

Las solicitudes de revisión externa de reclamaciones de atención de urgencia y de reclamaciones de primer nivel previas al servicio se pueden presentar por escrito u oralmente. Todas las solicitudes de reclamaciones posteriores al servicio deben hacerse por escrito.

Su solicitud debe incluir las razones por las que cree que la reclamación no debería haber sido denegada y también debe incluir cualquier información de respaldo adicional, documentos o comentarios que considere apropiados en la consideración de las IRO de su reclamación. Tendrá al menos 5 días hábiles después de solicitar una revisión externa para enviar información adicional.

Al presentar una solicitud de revisión externa, se le pedirá que firme una divulgación escrita de cualquier registro médico que la IRO pueda requerir para tomar una decisión sobre la revisión externa.

A petición, se le proporcionará acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación, sin cargo. También puede solicitar al plan que identifique a cualquier experto médico o profesional del que recibió asesoramiento en relación con la determinación

del beneficio, independientemente de si se basó en ese asesoramiento para tomar la determinación inicial del beneficio.

En circunstancias normales, se tomará una decisión dentro de los 45 días de recibir su solicitud de revisión.

Procedimientos acelerados para reclamaciones de atención urgente Puede solicitar una revisión externa acelerada de la denegación de una apelación de reclamación de atención de urgencia. Esta solicitud puede ser oral o escrita. En estos procedimientos acelerados, toda la información necesaria, incluida la determinación sobre la revisión externa, puede transmitirse por teléfono, fax u otro método rápido disponible de manera similar. El número de teléfono para iniciar una solicitud acelerada de revisión externa es 301-839-8800.

En el caso de reclamaciones de atención de urgencia, la IRO le notificará su decisión tan pronto como sea posible, pero no más de 72 horas después de la revisión de su solicitud de revisión externa.

RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

Si se presenta una reclamación fraudulenta a sabiendas, todos los beneficios reclamados se denegarán. Si se paga algún beneficio en relación con una reclamación fraudulenta, el Participante y sus dependientes no recibirán más beneficios en virtud del Fondo hasta que el dinero obtenido deshonestamente se devuelva al Fondo. El Participante será notificado por correo de cualquier medida tomada con respecto a una reclamación fraudulenta.

REVISIONES DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS, APELACIONES Y REVISIONES EXTERNAS

Express Scripts se encargará de las revisiones de cobertura inicial, las apelaciones y las solicitudes de revisiones externas (cuando corresponda) que solo correspondan a los beneficios de medicamentos recetados del Plan.

Revisión de cobertura inicial

Un miembro tiene el derecho de solicitar que un medicamento esté cubierto o a estar cubierto con un beneficio más alto (como un copago más bajo o una cantidad más alta). La primera solicitud de cobertura se llama revisión de cobertura inicial. Express Scripts revisa las solicitudes de revisión de cobertura clínica y administrativa.

Cómo solicitar una revisión de cobertura inicial

Para solicitar una revisión inicial de la cobertura clínica, también llamada autorización previa, el profesional que receta envía la solicitud electrónicamente. Puede encontrar información sobre las opciones electrónicas en express-scripts.com/PA.

Para solicitar una revisión de la cobertura administrativa inicial, que implica una solicitud de cobertura de un medicamento que se basa en el diseño de beneficios del Plan, el miembro o su representante debe enviar la solicitud por escrito utilizando un Formulario de Solicitud de Cobertura de Beneficios, que se puede obtener llamando al número de teléfono de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de la tarjeta de recetas.

Complete el formulario y envíelo por fax al 877.328.9660 o envíelo por correo a:

Express Scripts

A la atención de: Benefit Coverage Review Department

P.O. Box 66587

San Luis, MO 63166-6587

Si la situación del paciente cumple con la definición de urgente según la ley, una **revisión urgente** puede solicitarse y se llevará a cabo lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud.

Si el paciente o proveedor cree que la situación del paciente es urgente, el proveedor debe solicitar la revisión acelerada por teléfono al 800.753.2851.

Cómo solicitar una apelación de nivel 1 o una apelación urgente si se rechaza una revisión de cobertura inicial

Cuando una revisión de cobertura inicial ha sido denegada, también conocida como una determinación adversa de beneficios, el miembro o representante autorizado puede presentar una solicitud de apelación **dentro de los 180 días** desde la recepción de la notificación de la determinación adversa de beneficios inicial. Para iniciar una apelación, se debe enviar la siguiente información por correo o por fax al departamento correspondiente para las solicitudes de revisión clínica o administrativa:

- nombre del paciente;
- identificación de miembro;
- número de teléfono;
- el nombre del medicamento para el cual se ha denegado la cobertura de beneficios;
- breve descripción de por qué el reclamante no está de acuerdo con la determinación adversa inicial de beneficios;
- cualquier información adicional que pueda ser relevante para la apelación, incluidas las declaraciones/cartas de quien hace la receta, facturas o cualquier otro documento.

Las solicitudes de apelación clínica se pueden enviar por fax al 877.852.4070 o por correo a la siguiente dirección:

Express Scripts

A la atención de: Clinical Appeals Department

P.O. Box 66588

St. Louis, MO 63166-6588

Las solicitudes de apelación administrativa pueden enviarse por fax al 877.328.9660 o por correo a la siguiente dirección:

Express Scripts

A la atención de: Administrative Appeals Department

P.O. Box 66587

St. Louis, MO 63166-6587

Si la situación del paciente cumple con la definición de urgente según la ley, una **apelación urgente** puede solicitarse y se llevará a cabo lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud. Si el paciente o el proveedor cree que la situación del paciente es urgente, la revisión acelerada debe solicitarse por teléfono o fax. Las reclamaciones y apelaciones enviadas por correo no se considerarán para procesamiento urgente a menos que una llamada posterior o un fax identifiquen la apelación como urgente:

Solicitudes de apelación clínica urgente

Teléfono: 800.753.2851 Fax: 877.852.4070

Solicitudes de apelación administrativa urgente

Teléfono: 800.946.3979 Fax: 877.328.9660

Cómo solicitar una apelación de nivel 2 si se deniega una apelación de nivel 1

Cuando se deniega una apelación de nivel 1, también conocida como una determinación adversa de beneficios, el miembro o representante autorizado puede presentar una solicitud de apelación de nivel 2 **dentro de los 90 días** desde la recepción de la notificación de la determinación adversa de beneficios inicial de apelación de nivel 1. Para iniciar una apelación de nivel 2, se debe enviar la siguiente información por correo o por fax al departamento correspondiente para las solicitudes de revisión clínica o administrativa:

- nombre del paciente;
- identificación de miembro;
- número de teléfono;
- el nombre del medicamento para el cual se ha denegado la cobertura de beneficios;
- breve descripción de por qué el reclamante no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios;
- cualquier información adicional que pueda ser relevante para la apelación, incluidas las declaraciones/cartas de quien hace la receta, facturas o cualquier otro documento.

Las solicitudes de apelación clínica se pueden enviar por fax al 877.852.4070 o por correo a la siguiente dirección:

Express Scripts
A la atención de: Clinical Appeals Department
P.O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588

Las solicitudes de apelación administrativa pueden enviarse por fax al 877.328.9660 o por correo a la siguiente dirección:

Express Scripts
A la atención de: Administrative Appeals Department
P.O. Box 66587
St. Louis, MO 63166-6587

Si la situación del paciente cumple con la definición de urgente según la ley, una **apelación urgente** puede solicitarse y se llevará a cabo lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud. Si el paciente o el proveedor cree que la situación del paciente es urgente, la revisión acelerada debe solicitarse por teléfono o fax. Las reclamaciones y apelaciones enviadas por correo no se considerarán para procesamiento urgente a menos que una llamada posterior o un fax identifiquen la apelación como urgente:

Solicitudes de apelación clínica urgente
Teléfono: 800.753.2851 Fax: 877.852.4070

Solicitudes de apelación administrativa urgente
Teléfono: 800.946.3979 Fax: 877.328.9660

Express Scripts completa las apelaciones según las políticas comerciales que están alineadas con las regulaciones estatales y federales. Las decisiones de apelación las toma un farmacéutico, un médico, un panel de médicos o una empresa independiente de gestión de utilización.

Cuándo y cómo solicitar una revisión externa

El derecho a solicitar una revisión externa independiente puede estar disponible para una determinación de beneficio adversa que involucre un juicio médico, una rescisión o una decisión basada en información médica, incluidas determinaciones que involucren tratamiento que se considera experimental o de investigación. En general, debe haber utilizado todos los derechos de apelación interna antes de solicitar una revisión externa. La revisión externa será realizada por una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) con expertos médicos que no participaron en la determinación previa de la reclamación.

Para presentar una revisión externa, la solicitud debe enviarse por correo o por fax a MCMC, LLC, que es una empresa independiente de gestión de utilización, a:

MCMC LLC
A la atención de: Express Scripts Appeal Program 300 Crown Colony Drive, Suite 203
Quincy, MA 02169-0929
Número de fax: 617.375.7683
Número de teléfono: 617.375.7700, int. 28253

MCMC debe recibir la solicitud de revisión externa dentro de los 4 meses posteriores a la fecha de la determinación adversa interna final del beneficio (si la fecha que es de 4 meses a partir de esa fecha es un sábado, domingo o día festivo, la fecha límite será el siguiente día hábil).

Revisión externa y proceso de notificación

MCMC revisará una solicitud de revisión externa **estándar** dentro de los 5 días hábiles para determinar si es elegible para enviarse a una IRO y se notificará al paciente dentro de 1 día hábil de la decisión. Si la solicitud es elegible para enviarse a una IRO, la solicitud se asignará al azar a una IRO y la información de la apelación se compilará y se enviará a la IRO dentro de los 5 días hábiles posteriores a su asignación.

La IRO notificará al reclamante por escrito que ha recibido la solicitud de una revisión externa, y si la IRO ha determinado que la reclamación involucra un juicio médico o una rescisión, la carta describirá el derecho del reclamante a presentar información adicional dentro de los 10 días hábiles siguientes para consideración de la IRO.

Cualquier información adicional que el reclamante envíe a la IRO también se enviará al administrador de reclamaciones para que la reconsidere. La IRO revisará la reclamación dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud y enviará al reclamante, al Plan y a Express Scripts una notificación por escrito de su decisión. Si la IRO ha determinado que la reclamación no implica un juicio médico o una rescisión, la IRO notificará al reclamante por escrito que la reclamación no es elegible para una revisión externa completa.

Una vez que se envía una solicitud de revisión externa **urgente**, la reclamación se revisará de inmediato para determinar si es elegible para dicha revisión. Si la reclamación es elegible para un procesamiento urgente, se revisará de inmediato para determinar si la solicitud es elegible para reenviarse a una IRO y se notificará la decisión al reclamante. Si la solicitud es elegible para enviarse a una IRO, la solicitud se asignará al azar a una IRO y la información de la apelación se compilará y se enviará a la IRO. La IRO revisará la reclamación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud y enviará al reclamante una notificación por escrito de su decisión.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES DE LOS BENEFICIOS POR MUERTE Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Los formularios de reclamaciones para presentar reclamaciones para beneficios de vida, muerte accidental y desmembramiento están disponibles en la Oficina del Fondo. Las reclamaciones deben presentarse en la Oficina del Fondo lo antes posible. Su beneficiario designado debe informar a la Oficina del Fondo dentro de los veinte (20) días posteriores a su muerte. El comprobante de defunción por escrito (dos copias certificadas del certificado de defunción) debe enviarse a la Oficina del la Junta dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de la fallecimiento. Todas las reclamaciones de beneficios, con suficiente documentación de respaldo, deben enviarse a la Oficina del Fondo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de fallecimiento del participante. Toda la responsabilidad por parte del Fondo y los directivos cesará y se perderá la reclamación de beneficios de cualquier persona, a menos que se presente una reclamación y las pruebas requeridas en la Oficina del Fondo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de fallecimiento.

DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES INICIALES

Si su reclamación se basa en la muerte o desmembramiento

El Fondo o la Junta Directiva tomarán una determinación sobre la reclamación dentro de un período de tiempo razonable, pero no más de 90 días después de que se reciba la reclamación, a menos que las circunstancias especiales requieran tiempo adicional para el procesamiento. Si tal extensión de tiempo es necesaria, recibirá una notificación por escrito antes del final de los primeros 90 días.

Este aviso le informará por qué se necesita tiempo adicional y la fecha en que puede esperar una decisión final. Esta decisión debe tomarse dentro de los 90 días posteriores al final del período inicial de 90 días.

Si su reclamación se basa en una incapacidad (exención de la prima)

Si su reclamación implica una determinación sobre si usted está incapacitado, el Fondo o la Junta Directiva tomarán una determinación sobre su reclamación dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de que se reciba una reclamación. Este período de tiempo puede extenderse por 60 días adicionales, en dos extensiones de 30 días, cuando sea necesario debido a asuntos que exceden el control del seguro. Se le informará por escrito de la necesidad de una extensión durante el período inicial de 45 días y se le notificará de la necesidad de una segunda extensión de tiempo antes del final del primer período de extensión. El aviso explicará específicamente los estándares en los que se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que impiden una decisión y cualquier información adicional necesaria para resolver esos problemas.

Si la extensión es necesaria porque usted no presentó la información necesaria, el aviso describirá específicamente la información necesaria y se le otorgarán 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información adicional. El plazo para decidir sobre la reclamación se suspenderá desde la fecha en que se envíe el aviso de extensión hasta la fecha en que usted responda al aviso. Si proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará dentro del tiempo especificado en el aviso de extensión. Si no proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamación se determinará sin dicha información.

Si se deniega cualquiera de los tipos de reclamación en su totalidad o en parte, usted o su beneficiario recibirán una notificación por escrito que incluirá:

- La razón específica de la denegación.
- Una referencia específica de las disposiciones del plan en las que se basó la denegación.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted confirme la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material.
- Una descripción de los pasos que debe seguir (incluidos los plazos establecidos aplicables) si desea apelar la denegación de su reclamación, que incluye:
 - Su derecho a enviar comentarios por escrito y que estos se consideren;
 - Su derecho a recibir (a petición y sin cargo) acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación; y
 - Su derecho a iniciar una demanda civil en virtud del Artículo 502 de ERISA si se rechaza su reclamación en una apelación.

REVISIÓN DE RECLAMACIONES DENEGADAS

Puede apelar la denegación de su reclamación ante el Fondo o Junta Directiva. Si su reclamación involucra la muerte o el desmembramiento, esta apelación debe hacerse por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito de la compañía de seguros de que su reclamación fue denegada total o parcialmente. Si no presenta su apelación dentro de este período de tiempo, perderá el derecho de apelar la denegación. Si su reclamación implica una determinación de incapacidad (exención de prima), esta apelación debe hacerse por escrito no más de 180 días después de reciba la notificación por escrito del Fondo o la Junta Directiva..

Su apelación escrita debe establecer las razones por las que cree que la reclamación no debería haber sido denegada y también debe incluir cualquier información de respaldo adicional, documentos o

comentarios que considere apropiados. A petición, se le proporcionará sin cargo acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación.

SI SU RECLAMACIÓN SE BASA EN LA MUERTE O DESMEMBRAMIENTO

El Fondo o la Junta Directiva revisarán y determinarán la apelación dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 60 días después de que se envíe la apelación. Este período de tiempo puede extenderse por 60 días adicionales si el Fondo o la Junta Directiva determinan que hay circunstancias especiales que requieren una extensión. Se le informará por escrito de la necesidad de una extensión durante el período inicial de 60 días y se tomará una decisión no más de 120 días después de la fecha en que se presentó la reclamación. Si la extensión es necesaria porque no presentó la información necesaria para determinar la reclamación, el período para determinar la apelación se suspenderá desde la fecha en que el Fondo o la Junta Directiva le envíen una notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

SI SU RECLAMACIÓN SE BASA EN UNA INCAPACIDAD

El Fondo o la Junta Directiva revisarán y determinarán la apelación dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de que se envíe. Este período de tiempo puede extenderse por 60 días adicionales si el Fondo o la Junta Directiva determinan que hay circunstancias especiales que requieren una extensión. Se le informará por escrito de la necesidad de una extensión durante el período inicial de 60 días y se tomará una decisión no más de 120 días después de la fecha en que se presentó la reclamación. Si la extensión es necesaria porque no presentó la información necesaria para determinar la reclamación, el período para determinar la apelación se suspenderá desde la fecha en que el Fondo o la Junta Directiva le envíen una notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

La revisión de cada tipo de apelación tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación que presente, sin importar si dicha información se presentó o consideró en la determinación inicial de beneficios. La revisión no tendrá en cuenta la inicial. Además, la persona que determina su apelación no será la misma persona que inicialmente determinó su reclamación ni será un subordinado de esa persona.

El Fondo o la Junta Directiva pueden consultar con un profesional de la salud para determinar su apelación, excepto que cualquier profesional de la salud consultado en relación con su apelación no haya estado involucrado en la determinación inicial de beneficios ni sea un subordinado del profesional de la salud que participó.

Se le notificará por escrito si la decisión sobre la apelación confirma el rechazo inicial de su reclamación. La notificación proporcionará:

- La(s) razón(es) específica(s) de la denegación.
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basó la determinación.
- Una descripción de su derecho a recibir (a petición y sin cargo) acceso y copias razonables de todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación;
- Una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil bajo el Artículo 502 de ERISA;

La decisión del Fondo o Junta Directiva es definitiva y vinculante para todas las personas que tratan o reclaman beneficios en virtud del plan.

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede autorizar a otra persona para presentar una reclamación o una apelación en su nombre. Esta autorización debe ser por escrito y estar firmada por usted. Cualquier referencia en estos procedimientos de reclamación a "usted" está destinada a incluir a su representante autorizado.

RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

Si se presenta una reclamación fraudulenta a sabiendas, todos los beneficios reclamados se denegarán. Si se paga algún beneficio en relación con una reclamación fraudulenta, el Participante y sus dependientes no recibirán más beneficios en virtud del Fondo hasta que el dinero obtenido deshonestamente se devuelva al Fondo. El Participante será notificado por correo de cualquier medida tomada con respecto a una reclamación fraudulenta.

DISCRECIÓN Y AUTORIDAD DE LOS FIDEICOMISARIOS A PRESENTAR

DECISIONES FINALES Y VINCULANTES

La decisión de la Junta Directiva sobre la revisión/apelación será definitiva y vinculante para todas las partes, incluida cualquier persona que reclame un beneficio en su nombre. No hay más apelaciones en virtud de este Plan. En circunstancias especiales, los fideicomisarios pueden determinar que la reconsideración de su reclamación o apelación es apropiada en función de la nueva información que no estaba disponible en el momento de la apelación inicial. Los fideicomisarios tienen plena autoridad y discreción para determinar si se justifica la reconsideración.

Los fideicomisarios tienen total discreción o autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con los beneficios proporcionados en virtud de este Plan, incluidas, entre otras, todas las cuestiones de cobertura, elegibilidad e interpretación del plan y otras políticas y normas del Fondo. Los fideicomisarios tendrán plena autoridad y discreción para determinar si un beneficio está cubierto o sujeto a reembolso en virtud del Plan. Si rechazan la apelación de una reclamación y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de los fideicomisarios estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS, DETERMINACIONES O ACCIONES DEL FONDO QUE NO IMPLICAN RECLAMACIONES POR BENEFICIOS

Si no está de acuerdo con una política, determinación o acción del Fondo que no implique una reclamación de beneficios, puede solicitar a la Junta Directiva que revise la política, determinación o acción del Fondo con la que no está de acuerdo presentando una apelación por escrito a los fideicomisarios. Debe indicar el motivo de su apelación y presentar cualquier documentación de respaldo. Su apelación por escrito debe enviarse dentro de los 60 días posteriores a que se haya enterado de una política, determinación o medida del Fondo con la que no está de acuerdo y que no es

una denegación de beneficios. La Junta Directiva tendrá la única autoridad y discreción para interpretar y aplicar la política, determinación o medida del Fondo.

Puede revisar los documentos pertinentes en la Oficina del Fondo después de disponer lo necesario o puede solicitar que se le proporcionen los documentos. El Fondo puede cobrarle \$0.25 por página para proporcionarle documentos, y esta cantidad debe pagarse por adelantado.

Los fideicomisarios o un subcomité designado de los mismos revisarán su apelación en la reunión trimestral inmediatamente después de recibir su apelación, a menos que la Oficina del Fondo recibiera su apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la reunión. En ese caso, su apelación se revisará en la segunda reunión trimestral posterior a la recepción de la apelación.

Es posible que desee comunicarse con la Oficina del Fondo en relación con la fecha de la próxima reunión para que pueda presentar su apelación a tiempo para que sea tratada en esa reunión. Si circunstancias especiales requieren una extensión del tiempo de revisión para los fideicomisarios o el Comité, se le notificará por escrito.

REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN

DERECHOS DE REEMBOLSO DEL PLAN

Si usted u otra persona cubierta recibe algún beneficio derivado de una lesión, enfermedad u otra afección por la cual existe o puede haber una reclamación o derecho de recuperación contra un tercero, cualquier pago en virtud de este Plan por dichos beneficios estará sujeto a la afección y conocimiento que este Plan será reembolsado. Las disposiciones de reembolso del Plan se aplican cuando usted u otra persona cubierta (que se entenderá que incluye su patrimonio) recibe cualquier monto por acuerdo, sentencia, veredicto o de otra manera, incluido el pago de una póliza de seguro, por una lesión, enfermedad u otra afección causada por un tercero, o por una lesión, enfermedad u otra afección en el trabajo cubierta por la indemnización por accidente laboral. Algunos ejemplos son si se lesionó en un accidente automovilístico y el otro conductor tiene la culpa, o si se lesiona en el trabajo y recibe una recuperación de indemnización laboral.

Las cantidades que usted recibe a causa de la responsabilidad de un tercero o del empleador, o a causa de una recuperación de indemnización por accidente laboral, se denominan aquí como una "recuperación". Si usted u otra persona cubierta (o su patrimonio) recibe una recuperación, el Plan restará el monto de la misma de los beneficios que de lo contrario pagaría como consecuencia de esa lesión, enfermedad u otra afección, incluido el tratamiento, los pagos de ingresos por incapacidad por salarios perdidos, beneficios u otros por muerte accidental o desmembramiento.

Si el plan ya pagó los beneficios que se derivan de la lesión, enfermedad u otra afección, dicho pago se considerará solo como un "adelanto" y usted o la persona cubierta (o su patrimonio) deben reembolsar inmediatamente al Plan de cualquier recuperación recibida por el monto de beneficios adelantados por el Plan.

El reembolso debe hacerse independientemente de si la persona cubierta está totalmente compensada por la recuperación e independientemente de si dichos ingresos se liquidan en el acuerdo o fallo con carácter de pago a cuenta por los gastos, afección o pérdidas por los beneficios que se pagaron, y sin ninguna reducción por los gastos legales o de otro tipo incurridos por cualquier persona cubierta en

relación con la recuperación contra el tercero, la aseguradora de ese tercero, el empleador o una aseguradora de indemnización por accidente laboral, excepto lo que se acuerde expresamente a por el Plan a su exclusivo criterio. Al aceptar el anticipo de beneficios del Plan, se considera que todas las personas cubiertas están de acuerdo con esta disposición de reembolso.

A las personas cubiertas se les puede exigir que firmen un acuerdo mediante el cual, de manera conjunta y separada:

- otorguen al Plan un gravamen de primera prioridad por los ingresos de cualquier recuperación recibida;
- asignen al Plan cualquier beneficio que tengan en virtud de cualquier política de la aseguradora u otra cobertura; y
- acuerden retener el ingreso de cualquier recuperación recibida en fideicomiso para el plan.

Los pagos de beneficios futuros en virtud del Plan pueden estar condicionados a la ejecución de este acuerdo por parte de las personas cubiertas y por cualquier asesor legal del que dispongan al llevar a cabo una recuperación.

Cada persona cubierta está obligada a cooperar con el Plan y sus agentes para proteger los derechos de reembolso del Plan. Cooperación significa firmar, y hacer que su asesor legal firme y entregue rápidamente cualquier acuerdo de subrogación y reembolso, proporcionar al Plan o a sus agentes toda la información relevante solicitada, firmar y entregar los documentos que el Plan o sus agentes soliciten razonablemente, mantener al Plan completamente informado en relación con el estado de cualquier litigio o intento de resolución para llevar a cabo una recuperación, obtener el consentimiento por escrito del Plan o sus agentes antes de aceptar una oferta o recuperación del acuerdo o liberar a cualquiera de las partes de la responsabilidad, tomar medidas que el Plan o sus agentes soliciten razonablemente ayudar al Plan a llevar a cabo una recuperación completa y no tomar ninguna medida que pueda perjudicar los derechos del Plan. La falta de cooperación puede ser motivo de finalización de todos los beneficios futuros en virtud del Plan.

El Plan solo es responsable de los costos legales que acuerde por escrito y, de lo contrario, no asumirá los costos legales de las personas cubiertas.

Si usted o cualquier persona que cubra en virtud del Plan no reembolsa al mismo como lo exige esta sección, el Plan puede aplicar cualquier beneficio futuro que pueda ser pagadero a usted o a los miembros de su familia al monto no reembolsado. Alternativamente, el Plan puede hacer valer sus derechos mediante embargo, embargo de sueldos, gravámenes sobre activos o cualquier otro medio legal o equitativo.

GASTOS MÉDICOS FUTUROS, PÉRDIDAS O CONDICIONES

Una recuperación puede incluir una compensación por gastos médicos relacionados con lesiones u otras pérdidas o condiciones relacionadas con lesiones en las que pueda incurrir una persona cubierta en el futuro. Si el acuerdo o fallo no establece el monto de la recuperación asignada para pérdidas, afecciones o gastos médicos futuros, usted y el Fondo intentarán acordar el monto.

Si no hay acuerdo, la cantidad atribuible a gastos médicos futuros, pérdidas o afecciones será determinada por el Fondo en su carácter de autoridad única y absoluta.

El Plan no cubrirá gastos médicos futuros, pérdidas o afecciones por las cuales se está compensando a una persona cubierta. Los gastos, pérdidas o afecciones que la recuperación compensa no serán

cubiertos o aplicados a los requisitos de deducible o copago del Plan hasta que excedan la cantidad que la persona cubierta ha recibido o tiene derecho a recibir, como compensación por gastos médicos, pérdidas o afecciones futuras.

En algunos casos, el tercero puede compensar a la persona cubierta por gastos médicos, pérdidas o afecciones pasadas y futuras a través de una póliza de seguro. En ese caso, solo los gastos, pérdidas o afecciones que la póliza de seguro no pague serán elegibles para el reembolso en este Plan.

DERECHOS DE SUBROGACIÓN DEL PLAN

Las disposiciones de subrogación del Plan se aplican cuando otra parte o el empleador (incluida una compañía de seguros o de indemnización por accidente laboral) es o puede ser responsable de una lesión, enfermedad, pérdida u otra afección de una persona cubierta y el Plan ya ha pagado los beneficios que surgen de la lesiones, enfermedades, pérdidas u otras afecciones. “Subrogación” se refiere al derecho del Plan a actuar como sustituto en lugar de la persona cubierta con respecto a la reclamación, demanda o derecho de acción legítimos de esa persona contra una persona que puede haber causado indebidamente, o que es responsable de las lesiones, enfermedades, pérdidas o afecciones de la persona cubierta que resultaron en el pago de beneficios por parte del Plan.

Al ejercer sus derechos de subrogación, el Plan, a su discreción, puede iniciar cualquier acción legal o procedimiento administrativo que considere necesario para proteger su derecho a recuperar cualquier monto que haya adelantado como beneficios y puede intentar o resolver cualquier acción o procedimiento en nombre de las personas cubiertas y con su plena cooperación. Sin embargo, al hacerlo, el Plan no representará ni brindará representación legal a ninguna persona cubierta con respecto a los daños de la misma en la medida en que dichos daños excedan el monto de los beneficios del plan.

Además, el Plan puede, a su criterio, intervenir en cualquier reclamación, acción legal o procedimiento administrativo iniciado por cualquier persona cubierta en contra de cualquier persona o empleador o del asegurador de esa persona o del empleador por cualquier presunta acción negligente, intencional o ilícita, o debido a una lesión relacionada con el trabajo cubierta por la ley de indemnización por accidente laboral, que pudo haber causado o contribuido a la lesión, enfermedad, pérdida o afección de la persona cubierta que resultó en el pago de beneficios por parte del Plan.

Cada persona cubierta está obligada a cooperar con el Plan y sus agentes para proteger los derechos de subrogación del Plan.

Cooperación significa proporcionar al Plan o a sus agentes cualquier información relevante solicitada, firmar y hacer que su asesor legal firme y entregue rápidamente cualquier acuerdo de subrogación y reembolso, firmar y entregar los documentos que el Plan o sus agentes razonablemente soliciten, mantener al Plan completamente informado en relación con el estado de cualquier litigio o intento de resolución para llevar a cabo una recuperación, obtener el consentimiento por escrito del Plan o sus agentes antes de aceptar una oferta o recuperación del acuerdo o liberar a cualquiera de las partes de la responsabilidad, tomar medidas que el Plan o sus agentes soliciten razonablemente ayudar al Plan a llevar a cabo una recuperación completa y no tomar ninguna medida que pueda perjudicar los derechos del Plan.

La falta de cooperación o la toma de medidas que perjudiquen los derechos de subrogación del Plan pueden ser motivo para la finalización de todos los beneficios futuros en virtud del Plan.

El plan asumirá sus costos legales en asuntos de subrogación. Las personas cubiertas asumirán sus propios costos legales.

INFORMACIÓN GENERAL Y SUS DERECHOS DE ERISA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Este Plan se mantiene de conformidad con los Acuerdos de Negociación Colectiva y las contribuciones al Plan son realizadas por empleadores contribuyentes y por Participantes bajo ciertas circunstancias.

Nombre y dirección del plan:

Fondo

de Salud del Consejo de Distrito N.º 51 de IUPAT
c/o Zenith American Solutions
Three Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200

Pittsburgh, PA 15222
(412) 471-2885 or toll free (800) 242-8923

Número de identificación del fondo: 52-5034933

Número de plan: 501

Tipo de plan: Este es un plan de asistencia social para empleados que brinda beneficios médicos, odontológicos, oftalmológicos, de medicamentos recetados, por muerte, muerte accidental, desmembramiento e incapacidad.

Administration: El Plan es proporcionado y administrado por la Junta Directiva del Fondo de Salud del Consejo del Distrito n.º 51 de IUPAT, Three Gateway Center, 401 Liberty Ave., Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222. La Junta Directiva ha contratado los servicios de Zenith American Solutions como Administrador del Contrato para manejar la administración diaria del Plan.

Agente de Servicio de Se puede comunicar con cualquiera de los fideicomisarios en su dirección indicada

Proceso legal: A continuación, se puede realizar el servicio en el Administrador del Contrato en la Oficina del Fondo.

Nombre, título y dirección del lugar principal de negocios de los fideicomisarios:

FIDEICOMISARIOS DEL SINDICATO FIDEICOMISARIOS DEL EMPLEADOR

Lynn Taylor
Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT

Tom Kousisis
Alpha Painting & Construction Co. Inc.

4700 Boston Way
Lanham, MD 20706

6800 Quad Avenue
Baltimore, MD 21237

Charles Parker
Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT
4700 Boston Way
Lanham, MD 20706

Derwin Scalph, Jr.
Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT
4700 Boston Way
Lanham, MD 20706

Manuel Rauda
Consejo de Distrito n.º 51 de IUPAT
4700 Boston Way
Lanham, MD 20706

Medio de financiación: Los beneficios son autofinanciados y provienen de los activos del Fondo, que se acumulan en virtud de las disposiciones del Acuerdo de Negociación Colectiva y el Acuerdo Fiduciario y se mantienen en el Fondo Fiduciario con el fin de proporcionar beneficios a los Participantes cubiertos y pagar gastos administrativos razonables.

El Fondo tiene la responsabilidad de todos los beneficios y determina los pagos de beneficios de acuerdo con las reglas promulgadas por la Junta Directiva.

Fuente de contribución: Todas las contribuciones al Plan son hechas por los Empleadores de acuerdo con los acuerdos de negociación colectiva entre el Sindicato y los Empleadores. Estos acuerdos establecen que los empleadores contribuyan al Fondo en nombre de cada empleado cubierto con base en una tasa fija. La Oficina del Fondo le proporcionará, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador en particular está contribuyendo a este Fondo en nombre de los Participantes que trabajan bajo el acuerdo de negociación colectiva.

Finalización del Plan: Los fideicomisarios tienen la intención de continuar el Plan descrito en este folleto por tiempo indefinido. No obstante, se reservan el derecho, sujeto a las disposiciones de los convenios colectivos pertinentes, a modificar, enmendar o rescindir el Plan.

Si el Plan finaliza, los activos restantes del Fondo se utilizarán para continuar con los beneficios más allá de la fecha de finalización. Los fideicomisarios se reservan el derecho a modificar las reglas de elegibilidad en el momento de la finalización. Los beneficios para jubilados se financian con las contribuciones actuales y no se otorgan ni garantizan. Los fideicomisarios utilizarán los activos restantes del Fondo para proporcionar beneficios, pagar los gastos de administración y, de otro modo, llevar a cabo los propósitos del Plan de manera equitativa hasta que se haya desembolsado todo el resto del Fondo.

SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS POR JUBILACIÓN PARA LOS EMPLEADOS DE 1974 (ERISA)

Como participante en el Fondo de Salud del Consejo del Distrito n.º 51 de IUPAT, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los Participantes tendrán derecho a:

RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN Y LOS BENEFICIOS

- Examinar, sin cargo, en la Oficina del Fondo y en otras ubicaciones especificadas, como lugares de trabajo y oficinas sindicales, todos los documentos del Plan, incluidos los informes anuales detallados y las descripciones del Plan y todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. Hacer arreglos para ver los documentos llamando o escribiendo al Administrador en la Oficina del Fondo.
- Obtener, previa solicitud por escrito al Fondo Fiduciario, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguro, y copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) y una descripción resumida actualizada del plan. El Fondo Fiduciario puede exigir un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

CONTINUAR LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD COLECTIVO

Además, si participa en un plan colectivo de salud, tiene derecho a:

- Continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura en el plan como resultado de un evento habilitante. Usted o sus dependientes tendrán que pagar por dicha cobertura. Revisar esta descripción resumida del plan y los documentos que rigen el plan para obtener información sobre sus derechos de continuación de cobertura de COBRA.
- Una reducción o eliminación de los períodos de cobertura de exclusión para afecciones preexistentes bajo su plan colectivo de salud, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Se le debe proporcionar un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, de su plan colectivo de salud o emisor de seguro de salud cuando pierda la cobertura del plan, cuando tenga derecho a elegir la continuación de cobertura de COBRA, cuando cese su continuación de cobertura de COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura, o si lo solicita hasta 24 meses luego de perder la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable, puede estar sujeto a una exclusión o limitación por afección preexistente, como se describe en la descripción resumida del plan. Tenga en cuenta que este derecho solo está disponible si usted es un participante en un plan de salud colectivo que está sujeto

a los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

ACCIONES PRUDENTES DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a aquellos responsables de la operación de los planes de beneficios para empleados. Las personas que operan sus planes, llamadas "fiduciarios del plan", tienen el deber de hacerlo con prudencia y en el interés de usted y de otros participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, ni cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio de asistencia social o que ejerza sus derechos en virtud de ERISA.

HAGA VALER SUS DERECHOS

Si se rechaza o ignora una reclamación de un beneficio, de forma total o parcial, tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias sin cargo de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier rechazo, todo dentro de ciertos plazos de tiempo.

En virtud de ERISA, puede seguir ciertos pasos para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el administrador del plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del administrador.

Si tiene una reclamación de beneficios que se deniega o ignora, de forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucediera que los fiduciarios del plan hacen un uso indebido del dinero del plan, o si lo discriminan por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal determinará quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales.

Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que usted ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola.

AYUDA CON SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el administrador. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado (anteriormente, la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar), Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico o la División de Asistencia Técnica y Consultas, la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

APÉNDICE A

Servicios preventivos: El plan pagará el 100% de la tarifa negociada y con descuento pagadera por Care First/BlueCross BlueShield por los servicios preventivos que se detallan a continuación cuando los proporciona un Proveedor de la red. Si su Proveedor no factura un servicio preventivo por separado de una visita al consultorio y el objetivo principal de la visita es un servicio preventivo, no se le cobrará un deducible o copago por la visita al consultorio. Sin embargo, si el servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio y el servicio preventivo no es el objetivo principal de la visita, se le cobrará por la visita al consultorio.

Para los adultos, los servicios con una recomendación "A" o "B" de la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ("USPSTF", por sus siglas en inglés) (lo que significa que la USPSTF recomienda que el servicio tenga un beneficio neto que sea sustancial ("A") o de moderado a sustancial ("B")), según se revisa periódicamente, incluido:

Detección de aneurisma aórtico abdominal para hombres que han fumado;

Detección de abuso de alcohol y orientación;

Uso de aspirina (si se receta) para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos de 50 a 57 años con un alto riesgo cardiovascular;

Examen de presión arterial;

Detección de colesterol para adultos de ciertas edades o con mayor riesgo;

Detección del cáncer colorrectal en adultos de 50 a 75 años;

Evaluaciones para diagnosticar la depresión;

Detección de diabetes (Tipo 2) para adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad;

Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedades crónicas;

Prevención de caídas (con ejercicio o terapia física y uso de vitamina D) para adultos mayores de 65 años que viven en un entorno comunitario;

Detección de hepatitis B para personas con alto riesgo;

Detección de VIH para personas de 15 a 65 años y otras edades con mayor riesgo;

Vacunas para adultos, en las dosis, edades y poblaciones recomendadas descritas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización ("ACIP", por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control de Enfermedades ("CDC") para las vacunas de rutina, que se revisan periódicamente, incluidas:

Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus del Papiloma Humano (VPH), Influenza (Gripe), Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR), Meningocócica, Neumococo, Tétanos,

Difteria, Tos ferina (Td/Tdap), Varicela, Culebrilla (para adultos de 60 años o más (no es una vacuna de rutina descrita por el CDC pero está cubierta por el Plan)

Pruebas de detección de cáncer de pulmón para adultos de 55 a 80 años de alto riesgo de cáncer de pulmón porque fuman mucho o han dejado de fumar en los últimos 15 años;

Exámenes para diagnosticar obesidad y asesoramiento para todos los adultos;

Asesoramiento de prevención de infecciones de transmisión sexual ("ITS", por sus siglas en inglés) para adultos con mayor riesgo;

Medicamento de prevención de estatinas para adultos de 40 a 75 en alto riesgo;

Detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo;

Detección del consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco;

Detección de tuberculosis para ciertos adultos sin síntomas con alto riesgo.

Para las mujeres, atención preventiva y detección según lo recomendado en las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud ("HRSA", por sus siglas en inglés), según se revisan periódicamente, que incluye:

Detección de anemia de forma rutinaria para mujeres embarazadas;

Asesoramiento en pruebas genéticas de cáncer de mama ("BRCA", por sus siglas en inglés) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama;

Pruebas de mamografía para detectar cáncer de mama cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40 años;

Asesoramiento sobre la quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo;

Apoyo integral y asesoramiento sobre lactancia materna a cargo de proveedores capacitados y acceso a suministros de lactancia materna para mujeres embarazadas y lactantes;

Detección de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas;

Prueba de Papanicolaou cada 3 años para mujeres de 21 a 65 años;

Prueba de ADN para el VPH con una combinación de una prueba de Papanicolaou cada 5 años para mujeres

de 30 a 65 años que no quieren realizarse la prueba de Papanicolaou cada 3 años;

Pruebas de detección de clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo;

Anticoncepción que utiliza la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA", por sus siglas en inglés): métodos aprobados, procedimientos de esterilización, y educación y asesoramiento para pacientes según lo indique un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva;

Consultas para identificar casos de violencia doméstica e interpersonal y asesoramiento sobre el tema para todas las mujeres;

Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas;

Prueba de detección de diabetes gestacional para mujeres de 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional;

Detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;

Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal;

Detección de VIH para mujeres sexualmente activas;

Detección de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años según los factores de riesgo;
Pruebas de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
Asesoramiento en infecciones de transmisión sexual ("ITS") para mujeres sexualmente activas;
Detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo;
Detección de consumo de tabaco, intervenciones y asesoramiento ampliado para las consumidoras de tabaco embarazadas;
Pruebas de detección del tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas;
Visitas de bienestar para mujeres menores de 65 años;

Para los bebés, niños y adolescentes, atención preventiva y exámenes de detección recomendados en las pautas respaldadas por HRSA, según se revisan periódicamente, que incluyen:

Exámenes para detectar consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes;
Evaluaciones para diagnóstico de autismo en niños de 18 y 24 meses;
Evaluaciones de comportamiento
Prueba de concentración de bilirrubina para recién nacidos;
Examen de presión arterial;
Análisis de sangre para recién nacidos;
Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas;
Evaluaciones para diagnosticar depresión en adolescentes;
Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años;
Detección de dislipidemia en niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos;
Suplementos de quimioprevención con fluoruro para niños sin fluoruro en sus fuentes de agua;
Barniz de fluoruro para todos los bebés y niños en cuanto les crecen los dientes;
Medicamentos preventivos de la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
Examen de audición para todos los recién nacidos, y para niños una vez entre 11 y 14 años, una vez entre 15 y 17 años y una vez entre 18 y 21 años;
Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal;
Detección de hematocrito o hemoglobina;
Detección de hemoglobinopatías o células falciformes en recién nacidos;
Detección de hepatitis B en adolescentes con mayor riesgo;
Detección de VIH en adolescentes con mayor riesgo;
Detección de hipotiroidismo en recién nacidos;
Vacunas en las dosis, edades y poblaciones recomendadas descritas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización ("ACIP") de los Centros para el Control de Enfermedades ("CDC") para las vacunas de rutina, que se revisan periódicamente, incluidas:
Difteria, Tétanos, Tos ferina;
Haemophilus influenzae tipo b;
Hepatitis A;
Hepatitis B;
Virus del Papiloma Humano ("VPH");
Poliovirus inactivado;
Influenza ("vacuna contra la gripe");
Sarampión, Paperas, Rubéola ("MMR");
Meningococo;
Neumococo;
Rotavirus;
Varicela;

Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia;
Detección de plomo para niños en riesgo de exposición;
Evaluaciones para diagnosticar depresión materna;

Antecedentes médicos;
Exámenes para diagnosticar obesidad y asesoramiento;
Evaluación de riesgos para la salud bucal en niños de hasta 10 años; detección de fenilcetonuria ("PKU") en recién nacidos;
Asesoramiento de prevención de infecciones de transmisión sexual ("ITS") y asesoramiento para adolescentes con mayor riesgo;
Pruebas de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis;
Exámenes de la vista.