

Fondo de Bienestar de los Trabajadordes del Cemento de Washington, D.C.



RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN

Noviembre 2017

WASHINGTON, D.C. CEMENT MASONS WELFARE FUND

7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500 o llamada sin cargo al (888) 490-8800

Nota: Este documento está disponible en español a petición del Fondo.

Estimado participante:

Nos complace proveerle este Resumen de la Descripción del Plan y Documento del Plan actualizados para que pueda familiarizarse con los beneficios que están disponibles para usted y su familia. Léalo y manténgalo a la mano para fácil referencia.

El Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. (Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund) es un fondo de fideicomiso administrado por el sindicato y autoasegurado, que fue establecido de conformidad con la Ley Taft-Hartley y la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados ("ERISA", por sus siglas en inglés). La Junta Directiva, mitad de la cual consiste en representantes de los Empleadores y mitad del Sindicato Local No. 891 de Albañiles del Cemento (Cement Masons Local Union No. 891, el "Sindicato"), es el Administrador del Plan. La Junta, a su vez, contrata a un administrador externo para desempeñar las funciones de administración diaria del Fondo. El administrador externo es Carday Associates, Inc.

La Junta Directiva se reúne según sea necesario y, de manera típica, al menos una vez cada trimestre. Cada año, un contador público certificado seleccionado por la Junta lleva a cabo una auditoría del Fondo. Se presenta un informe anual ante el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos.

En años recientes, el costo de la atención médica ha aumentado a pasos agigantados. Como resultado de ello, todos debemos poner de nuestra parte para controlar los costos de atención médica. Si colaboramos para invertir sabiamente nuestro dinero para beneficios, esperamos que el Fondo continuará prosperando y brindando una protección importante en los años por venir. En fin, les deseamos buena salud y felicidad en los meses y años venideros. No obstante, si surge la necesidad de cobertura, creemos que compartirá con nosotros la satisfacción de saber que cuenta con la protección del Fondo.

Atentamente,

LA JUNTA DIRECTIVA

CONTENIDO

	<u>Página</u>
SECCIÓN 1 DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS EMPLEADOS EN ESTE MANUAL.....	1
Administrador Externo	1
Coaseguro	1
Convenio Colectivo.....	1
Cuidado de Custodia	1
Deductible	1
Dentro de la Red	2
Dependiente	2
Empleado	2
Empleado Jubilado	3
Empleador o Empleador que hace Aportaciones	3
Empleador Moroso	3
Enfermedad	3
ERISA.....	3
Fecha de Vigencia.....	3
Fondo o Plan	3
Fuera de la Red.....	3
Gasto Cubierto	3
Gastos no Reembolsables.....	4
Habitación y Comidas.....	4
Hospital	4
Instalación para Pacientes Ambulatorios.....	4
Lesión	5
Médicamente Necesario	5
Médico	5
Participante.....	6
Persona Cubierta.....	6
Plan	6
Servicios de Emergencia	6
Sindicato o Sindicato Local.....	6
SECCIÓN 2 INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN.....	8
SECCIÓN 3 REGLAS DE ELEGIBILIDAD	15
REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS ACTIVOS.....	15
Elegibilidad Inicial	15
Inscripción de Empleados	16
Elegibilidad de los Dependientes.....	16
Requisito de notificación de divorcio	16
Término de la Elegibilidad	17

CONTENIDO

(continuación)

	<u>Página</u>
Restablecimiento de la Elegibilidad	17
Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia Militar	17
CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD TEMPORAL PARA LOS EMPLEADOS DE UN EMPLEADOR MOROSO.....	18
REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE GRUPOS RECIÉN SINDICALIZADOS	19
Elegibilidad Inicial	19
¿Cuáles empleados califican para estas reglas especiales?	19
¿A cuál período aplican estas reglas especiales?	19
OTRAS OPORTUNIDADES PARA INSCRIBIRSE EN COBERTURA PARA USTED O SUS DEPENDIENTES	20
COBERTURA PARA EMPLEADOS QUE ESTÁN DE LICENCIA.....	21
Servicio Militar Calificado	21
REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS JUBILADOS	22
Elegibilidad Inicial	22
Elegibilidad de los Dependientes.....	22
Término de la Elegibilidad	22
SECCIÓN 4 PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS ACTIVOS.....	24
SECCIÓN 5 PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS JUBILADOS	27
SECCIÓN 6 DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN	28
BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	28
General.....	28
Período de Cobertura	28
Períodos de discapacidad sucesivos.....	28
BENEFICIOS MÉDICOS	29
Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)	29
Designación de Proveedores de Cuidado Primario y/u Obstetras/Ginecólogos	30
Requisitos de Revisión Previa a la Admisión al Hospital.....	30
Administración de casos médicos	31
Descripción de los Beneficios de Gastos Médicos Cubiertos	31
Descripción de los Medicamentos con Receta Cubiertos.....	36
Límites anuales y vitalicios	38
Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer	38
Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres	39

CONTENIDO

(continuación)

	<u>Página</u>
Beneficios de Medicare para Empleados que trabajan activamente	39
Ley de No Discriminación por Información Genética.....	40
SECCIÓN 7 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DEL PLAN	41
SECCIÓN 8 PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	46
Formularios de Inscripción.....	46
Notifique a la Oficina del Fondo sobre cambios importantes.....	46
Presentación de reclamaciones.....	46
Pasos a tomar	47
Plazo límite para presentar una reclamación: un año.....	47
Procesamiento de reclamaciones y apelaciones por medicamentos con receta	47
Procesamiento de reclamaciones médicas	48
Presentación de apelaciones médicas	53
Plazo límite para presentar una apelación (que no sea por una Reclamación de Atención Urgente) 180 días	53
Revisión de la apelación por la Junta Directiva	54
Notificación de la decisión sobre la apelación	55
Revisión externa.....	56
Revisión externa acelerada	61
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones de los beneficios semanales por accidentes y enfermedad	63
SECCIÓN 9 CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA.....	68
“Eventos Determinantes” de Continuación de la Cobertura	69
Prórroga por discapacidad a veintinueve (29) meses.....	70
Su responsabilidad de informar	70
Elección de la Cobertura	70
Duración de la cobertura	71
Razones por las que puede interrumpirse la continuación de la cobertura	71
SECCIÓN 10 OTRAS REGLAS Y REGLAMENTOS DEL PLAN.....	73
Coordinación de beneficios	73
Recuperación de terceros (subrogación, reembolso y compensación)	74
Sanciones por la falsificación de reclamaciones o por la no devolución de montos pagados de más	77
Selección de proveedores de servicios	77
Declaraciones de información al IRS y declaraciones al pagador secundario de Medicare	78
No se garantiza el empleo.....	78
Representación falsa o fraude.....	78

CONTENIDO

(continuación)

	<u>Página</u>
SECCIÓN 11 PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA	80
SECCIÓN 12 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA LEY ERISA	81

SECCIÓN 1

DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS EMPLEADOS EN ESTE MANUAL

Administrador Externo

La persona o empresa contratadas por la Junta Directiva para administrar el Plan día tras día. Carday Associates, Inc. es el Administrador Externo.

Coaseguro

El porcentaje de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables por Gastos Cubiertos que usted debe pagar después de satisfacer el Deducible cada año calendario. Por ejemplo, si el Plan pagará el 70% de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables por Gastos Cubiertos, a usted le toca pagar el 30% restante hasta que llegue al máximo de Gastos no Reembolsables. También debe pagar cualquier saldo que exceda de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables.

Convenio Colectivo

El o los convenios laborales entre el Sindicato Local No. 891 de Albañiles del Cemento (Cement Masons Local Union No. 891) y los Empleadores participantes, que estipulan las aportaciones a este Fondo.

Cuidado de Custodia

Servicios y suministros, entre ellos habitación y comidas y otros servicios institucionales que se suministran principalmente para ayudarlo con las actividades de la vida diaria independientemente de que sea discapacitado. Estos servicios y suministros constituyen Cuidado de Custodia independientemente del médico o proveedor que los haya recetado, recomendado o realizado. Habitación y comidas, y servicios de enfermería especializada, cuando los provee un Hospital u otra institución para los cuales específicamente se provee cobertura, no constituyen Cuidado de Custodia cuando dichos servicios: (a) deben ser combinados con otros servicios y suministros Médicamente Necesarios; (b) se proporcionan de conformidad con un programa de tratamiento médico aceptado generalmente que se puede esperar razonablemente que contribuya sustancialmente a la mejora del estado médico de la persona; y (c) no son meramente para mantener o estabilizar el estado médico de la persona.

Deducible

Los Gastos Cubiertos iniciales que debe pagar cada año antes de que el Plan pague un Gasto Cubierto. El Deducible se aplica a los primeros Gastos Cubiertos en que incurra durante un año calendario. Si cumple el Deducible individual, entonces el Plan

comenzará a pagar sus Gastos Cubiertos. Una vez que se cumpla el Deducible de la familia, el Plan pagará los Gastos Cubiertos de todos los miembros de su familia, independientemente de que la Persona Cubierta satisfaga su Deducible individual.

Dentro de la Red

Para fines de beneficios médicos, un proveedor que participa en la red de la Organización de Proveedores Preferidos de CareFirst BlueCross BlueShield [CareFirst BlueCross BlueShield Preferred Provider Organization]. Para fines de beneficios de medicamentos con receta, una farmacia que participa en la red de CVSHealth.

Dependiente

Sus dependientes elegibles incluirán a su Cónyuge y ciertos Hijos, tal como se define a continuación:

El término “**Cónyuge**” significa su cónyuge legal, según lo reconocen las leyes tributarias federales, incluso un cónyuge del mismo sexo.

El término “**Hijo**” o “**Hijos**” incluirá lo siguiente (1) los hijos naturales del Participante; (2) los hijos legalmente adoptados del Participante; (3) los niños colocados legalmente en el hogar del Participante en espera de su adopción; (4) los hijastros legales del Participante; y (5) los hijos de crianza (*foster children*) elegibles colocados legalmente en el hogar del Participante por una agencia de colocación autorizada o a raíz de un fallo, decreto u otra orden de algún tribunal o agencia administrativa con jurisdicción competente.

La clasificación de un Hijo como Dependiente continuará hasta el fin del mes en que ocurra el 26.^º cumpleaños del Hijo.

La clasificación de un Hijo como Dependiente continuará también más allá del 26.^º cumpleaños si el Hijo es discapacitado debido a una afección física o mental que le impide mantenerse, la discapacidad comenzó mientras el Hijo era elegible para recibir beneficios como Dependiente, y el Hijo: (a) está total y permanentemente discapacitado, vive con el Participante más de la mitad del año y no provee más de la mitad de su propio sustento (incluyendo los beneficios federales por discapacidad), o (b) depende del Participante para más de la mitad de su sustento financiero.

El término Dependiente no incluye a un ex Cónyuge del que se haya divorciado o a un Cónyuge del que esté legalmente separado.

Empleado

Una persona actual o recientemente empleada por un Empleador.

Empleado Jubilado

Un antiguo Empleado que ha cumplido las reglas de elegibilidad del Plan para recibir “Cobertura Médica para Empleados Jubilados”.

Empleador o Empleador que hace Aportaciones

Un Empleador que ha acordado hacer aportaciones a este Fondo de conformidad con los términos y condiciones del Convenio Colectivo correspondiente u otro convenio por escrito aceptado por la Junta Directiva.

Empleador Moroso

Un Empleador que no ha efectuado puntualmente las aportaciones necesarias al Fondo.

Enfermedad

Un trastorno médico o padecimiento que resulta en una condición no sana de la mente o el organismo, y que causa una pérdida que comienza mientras los beneficios de la Persona Cubierta están vigentes.

ERISA

Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, según enmendada.

Fecha de Vigencia

La Fecha de Vigencia de este Resumen de la Descripción del Plan y Documento del Plan es el 1º de noviembre de 2016.

Fondo o Plan

El Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. (Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund).

Fuera de la Red

Para fines de beneficios médicos, un proveedor *que no* participa en la red de la Organización de Proveedores Preferidos de CareFirst BlueCross BlueShield [CareFirst BlueCross BlueShield Preferred Provider Organization]. Para fines de beneficios de medicamentos con receta, una farmacia *que no* participa en la red de CVSHealth.

Gasto Cubierto

Un cargo que no excede del monto Usual, Acostumbrado y Razonable permitido por el Plan por un servicio o suministro. Un gasto no constituye un Gasto Cubierto a menos que sea Médicamente Necesario para el diagnóstico, el tratamiento, la mitigación o la

cura de una enfermedad o lesión a una estructura o función de la mente o el organismo. Ningún monto que exceda del cargo real por un servicio o suministro constituye un Gasto Cubierto.

Gastos no Reembolsables

El coaseguro que una Persona Cubierta debe pagar por los Gastos Cubiertos más, si corresponde, los pagos del Deducible del año calendario. Por ejemplo, una Persona Cubierta presenta reclamaciones por servicios médicos por el monto de \$1,500. Esa Persona Cubierta tiene un Deducible individual de \$500 “Dentro de la Red” y cobertura del 70% “Dentro de la Red”, de manera que el plan paga el 70%, o \$1,000 (\$1,500 menos el Deducible de \$500), es decir, \$700. El Gasto no Reembolsable de la persona es \$800 (\$500 de Deducible más \$300 de coaseguro no pagados por el Plan). Los Gastos no Reembolsables aplican a cada Persona Cubierta. No obstante, el Plan paga el 100% de los gastos una vez que la Persona Cubierta satisface el máximo de Gastos no Reembolsables. Sin embargo, el Plan pagará el 100% de los gastos de una Persona Cubierta después de que se satisfaga el máximo de Gastos no Reembolsables, aunque la Persona Cubierta no haya satisfecho su máximo individual de Gastos no Reembolsables.

Habitación y Comidas

Habitación, comidas, enfermería general y cualquier otro servicio que se brinda regularmente en un Hospital como condición de ocupación del tipo de alojamiento proporcionado, pero sin incluir los servicios profesionales de un Médico o enfermería intensiva, independientemente de la terminología empleada.

Hospital

Una institución acreditada como Hospital por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica [Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations]. Una instalación con licencia establecida, equipada y operada bajo la dirección de un Médico únicamente como centro de alumbramiento para brindar cuidado prenatal, partos y atención inmediatamente posparto es un “hospital”. Hospital no incluye hogares de reposo o de ancianos, hogares, instituciones o sanatorios de convalecencia, o instituciones similares que operan principalmente escuelas de capacitación para pacientes o proveen principalmente cuidado de custodia o institucional. Para que se considere como un Hospital, el hospital debe poder permitir que los pacientes puedan quedarse a pasar de noche regularmente, tener instalaciones completas de diagnóstico, quirúrgicas y terapéuticas bajo la supervisión de un personal de Médicos legalmente calificados; y brindar regularmente servicios de enfermería de 24 horas por enfermeros graduados registrados.

Instalación para Pacientes Ambulatorios

Una clínica u otro establecimiento que ofrece cirugías, diagnósticos y tratamiento a pacientes no internados. La instalación debe tener un personal médico a cargo consistente en al menos un Médico y anestesista (o enfermero anestesista bajo la

supervisión de un Médico). Las Instalaciones para Pacientes Ambulatorios incluyen instalaciones alternativas de cuidado como centros de cirugía independientes o clínicas de 24 horas. Las siguientes no son Instalaciones para Pacientes Ambulatorios: Hogares de convalecencia, hogares para ancianos, hogares para personas necesitadas, hogares de cuidado de enfermería y a domicilio, enfermerías u orfanatos, sanatorios, hogares de maternidad para cuidado prenatal o posnatal, u otros hogares o instituciones que brindan principalmente Cuidado de Custodia.

Lesión

Una herida o daño al organismo que se sufre accidentalmente y a causa de fuerza externa, que ocurre directa e independientemente de otras causas, y la cual ocasiona una pérdida que comienza mientras los beneficios de la Persona Cubierta están vigentes.

Médicamente Necesario

Servicios o suministros que son:

- suministrados o recetados por un Médico u otro proveedor con licencia para identificar o tratar un diagnóstico, o una enfermedad o lesión razonablemente sospechadas;
- congruentes con el diagnóstico y tratamiento de la afección del paciente, de acuerdo con estándares de buena práctica médica;
- generalmente aceptados por la profesión médica como un tratamiento seguro, eficaz y adecuado para la afección médica del paciente;
- requeridos por motivos que no son solo la comodidad del paciente, el Médico u otro proveedor con licencia; y
- el nivel de servicio o suministro más adecuado que se puede brindar de manera segura a la Persona Cubierta.

Cuando el término “Médicamente Necesario” se usa para describir el cuidado como paciente internado en un Hospital, eso significa que sus síntomas y afección médicos son tales que el servicio o el suministro no se pueden administrar de manera segura como paciente ambulatorio. El hecho de que los servicios o suministros sean brindados o recetados por un Médico u otro proveedor con licencia no significa necesariamente que los servicios y suministros sean “Médicamente Necesarios”.

Médico

Un doctor en medicina (M.D.) con la licencia correspondiente; un doctor en osteopatía (D.O.) con la licencia correspondiente; un odontólogo (dentista) con la debida licencia para proveer los servicios dentales que constituyen Gastos Cubiertos; y un podiatra con la debida licencia para fines de tratamiento cubierto de afecciones de los pies. Médico

puede también incluir a un proveedor de atención médica reconocido por el Administrador del Plan y con la licencia o la certificación correspondientes para brindar atención médica según las leyes de la jurisdicción en la que ejerce su práctica. Esto puede incluir a especialistas en enfermería clínica, enfermeros profesionales y asistentes de médico.

Participante

Un Empleado o Empleado Jubilado que ha cumplido las reglas de elegibilidad del Fondo y está cubierto por los beneficios proporcionados por el Fondo.

Persona Cubierta

El Participante o el Dependiente elegible de un Participante que se ha inscrito en el Plan.

Plan

Individual o colectivamente, los planes de beneficios y reglas de elegibilidad que mantiene el Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C., que se describen en este manual, según se enmiendan de vez en cuando.

Servicios de Emergencia

Exámenes de evaluación médica por una afección médica de emergencia dentro de la capacidad del departamento de emergencia de un Hospital, incluyendo los servicios secundarios disponibles rutinariamente para evaluar una afección médica de emergencia, así como los análisis y tratamientos adicionales necesarios para estabilizar al paciente. Una afección médica de emergencia se manifiesta por síntomas agudos lo suficientemente graves como para que una persona lega con un conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata pondría la salud de la persona en grave peligro, o bien gravemente menoscabaría las funciones del organismo, los órganos o partes del cuerpo.

Sindicato o Sindicato Local

Sindicato Local No. 891 de los Albañiles del Cemento.

Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (Fuera de la Red)

Los cargos por Gastos Cubiertos de un proveedor de servicios que son razonables y no exceden del monto predominante que los proveedores generalmente cobran en la localidad por servicios o suministros parecidos o comparables. "Localidad" significa un área geográfica que incluye una sección cruzada de personas o entidades que regularmente brindan el tipo de tratamiento, servicios o suministros por los cuales se cobra el cargo. Los beneficios se pagan conforme a la escala de cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables del Fondo, según la establecen y cambian de vez en

cuando los Síndicos. Donde corresponde, un cargo Usual, Acostumbrado y Razonable se basa en la escala publicada por la Asociación de Seguros Médicos de América [Health Insurance Association of America] que también se conoce como FAIR Health, Inc. No obstante, se usan otras fuentes de la industria si la escala de FAIR Health, Inc. no está disponible o no corresponde. Los cargos cubiertos por el Plan no pueden exceder del monto real cobrado por un servicio o suministro, hasta el monto Usual, Acostumbrado y Razonable. Antes de imponer el costo compartido que aplicaría dentro de la red, el Plan reembolsará los Gastos Cubiertos por Servicios de Emergencia fuera de la red a un monto equivalente al que sea mayor entre los siguientes: (1) el monto medio negociado para el Servicio de Emergencia con los proveedores dentro de la red; (2) el monto del Servicio de Emergencia calculado usando el mismo método que el Plan generalmente usa para determinar el pago de servicios fuera de la red; o (3) el monto que se pagaría bajo la regla de pago mínimo de Medicare por el servicio de emergencia. No obstante, el monto que el Plan paga por Servicios de Emergencia obtenidos fuera de la red nunca excederá del monto facturado menos cualquier compartición de costos que aplique a los Servicios de Emergencia dentro de la red.

SECCIÓN 2

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN

Nombre del Plan

El nombre del Plan es "Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund".

Administrador del Plan

El Administrador del Plan responsable de mantener el Plan es:

Board of Trustees (Junta Directiva)
Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Administrador Externo

El Administrador Externo responsable de la administración diaria del Plan es Carday Associates, Inc. Debe presentar las reclamaciones médicas y por discapacidad ante Carday Associates, Inc., que administra dichas reclamaciones. Su dirección y números de teléfono son:

Carday Associates, Inc.
Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Teléfono: (410) 872-9500 o llamada sin cargo al (888) 490-8800

Oficina del Fondo

La Oficina del Fondo está ubicada en:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Teléfono: (410) 872-9500 o llamada sin cargo al (888) 490-8800

Los Participantes y Dependientes podrán recibir de la Oficina del Fondo, pidiéndola por escrito, información sobre si un Empleador determinado o una organización de empleados hace aportaciones al Plan y, de ser así, la dirección.

Número de Identificación del Empleador (“EIN”):

El Número de Identificación del Empleador (“EIN”) asignado por el Servicio de Impuestos Internos es: 52-6038505.

Número del Plan

El número de Plan asignado por la Junta Directiva es: 501.

Este Plan es un **plan médico grupal** que por lo general provee ingresos por discapacidad y cobertura de hospitalización, atención de Médicos y gastos de medicamentos con receta.

Diligencia Judicial

El nombre y la dirección de las personas designadas como **agentes para recibir notificaciones de diligencia judicial** es:

Presidente
Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Las notificaciones de diligencia judicial también pueden ser dirigidas individualmente a un Síndico del Fondo.

Se indican a continuación el nombre, cargo y dirección de la oficina principal de negocios de cada Síndico del Fondo:

SÍNDICOS DEL SINDICATO	SÍNDICOS DE LOS EMPLEADORES
Carl Carson Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	George Maloney c/o Carday Associates, Inc. 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046
Richard Bailey Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Dennis Carlisle Buch Construction 11292 Buch Way Laurel, MD 20723
Juan C. Jimenez Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Cherie Pleasant Construction Contractors Council 3033 Wilson Blvd., Suite 700 Arlington, VA 22201

Fiduciario Nombrado

El Fiduciario Nombrado del Plan, que es la entidad con la autoridad para controlar y administrar las operaciones y administración del Plan, es la Junta Directiva del Fondo.

Convenios Colectivos

El Plan funciona conforme a uno o más Convenios Colectivos y los Participantes o Dependientes pueden obtener una copia de cualquiera de dichos convenios solicitándola por escrito al Administrador del Plan.

Todo Participante o Dependiente que solicite copias de los Convenios Colectivos, el acuerdo de fideicomiso, el Resumen de la Descripción del Plan más reciente, el informe anual más reciente u otros instrumentos bajo los cuales el Plan fue establecido u operado deberá pagar los costos razonables del Plan por suministrar estos materiales: La información de los costos de las copias de los materiales descritos anteriormente se pueden obtener comunicándose con la Oficina del Fondo. Los materiales descritos anteriormente también están disponibles para ser revisados por los Participantes y Dependientes en la Oficina del Fondo y, dentro de un plazo de diez (10) días calendario después de solicitarlo por escrito al Administrador del Plan, en la oficina principal de la organización de empleados:

Cement Masons Local Union No. 891
1517 Kenilworth Avenue, NE
Washington, DC 20019

Estos materiales también se pueden obtener de cada Empleador donde al menos 50 Participantes cubiertos bajo el Plan usualmente trabajan.

Descalificación o Pérdida de los Beneficios

Ciertas circunstancias podrían dar lugar a la descalificación, inelegibilidad, denegación, pérdida, renuncia o suspensión de los beneficios. Los siguientes son ejemplos comunes de cómo se puede perder la cobertura. No obstante, los Síndicos pueden eliminar la cobertura por otros motivos también:

- (1) Pérdida de la elegibilidad del Participante (por ejemplo, una reducción de las horas de trabajo por las cuales su(s) Empleador(es) aporta(n) al Fondo en nombre suyo);
- (2) Pérdida de la elegibilidad de los Dependientes (por ejemplo, cumplir 26 años de edad);
- (3) No haber presentado los formularios necesarios para sustentar una reclamación de elegibilidad bajo el Plan;

- (4) No haber presentado reclamaciones dentro del plazo estipulado en el Plan (un año);
- (5) Haber presentado reclamaciones falsas o información falsa en apoyo de una reclamación de elegibilidad bajo el Plan;
- (6) Que su Empleador no haya efectuado aportaciones a este Fondo en nombre suyo;
- (7) Que su Empleador no haya cumplido con su responsabilidad bajo el Acuerdo del Fondo y la Declaración de Fideicomiso;
- (8) Que usted no reembolse los montos que le adeuda al Fondo;
- (9) Eliminación del Plan;
- (10) Que usted no presente la documentación de condición de dependiente solicitada para verificar la condición de dependiente; o
- (11) Fraude o tergiversación por parte de usted y/o sus Dependientes.

De vez en cuando, usted debe suministrar documentación para probar la elegibilidad de su Cónyuge y/o su Hijo. Los Síndicos, a su sola discreción, determinarán la información que usted debe suministrar. Ejemplos de la información que los Síndicos podrían requerir incluyen su acta de matrimonio, el acta de nacimiento de su Hijo y/o documentos de adopción. El no proporcionar la documentación suficiente, según los determinen los Síndicos a su sola discreción, podría resultar en la cancelación de la cobertura de la(s) persona(s) afectada(s). Tome nota de que COBRA **no** se proporcionará a personas cuya cobertura se cancele porque el Plan no recibió documentación suficiente.

La cobertura de dependientes no elegibles constituye una violación de las políticas del Fondo. Los empleados que se determine que cubren a dependientes no elegibles podrían quedar sujetos a acciones legales y a que se les cancele la cobertura del Plan.

Financiamiento del Fondo

El Fondo se financia mediante las aportaciones hechas por Empleadores individuales bajo las disposiciones de Convenios Colectivos o acuerdos de participación, por Empleados activos (en ciertas situaciones) y por Empleados Jubilados y sus Cónyuges. El Fondo también se financia mediante los ingresos devengados de la inversión de esas aportaciones. Todo el dinero se utiliza exclusivamente para fines de proveer beneficios a los Empleados, Empleados Jubilados y/o sus Dependientes elegibles y para el pago de todos los gastos en que se incurra con respecto a la operación del Plan. La Junta Directiva mantiene en fideicomiso los activos del Fondo. Todos los beneficios se proveen directamente de los activos del Fondo. El Fondo ha celebrado

contratos con CareFirst y American Health Holding, Inc., para revisión previa a la admisión, administración de casos grandes y servicios de organizaciones de proveedores preferidos (“PPO”, por sus siglas en inglés).

Año del Plan

El Año del Plan es del 1 de noviembre al 31 de octubre.

Órdenes QMCSO

El Fondo honrará las Órdenes Calificadas de Apoyo Médico de Menores (“QMCSO”) que satisfagan los requisitos de la ley ERISA. Por lo general, una orden QMCSO es una orden de apoyo médico de menores que crea o reconoce el derecho de un hijo a recibir beneficios del Fondo y cumple con ciertos requisitos de la ley ERISA. Bajo una orden QMCSO, los hijos que de otro modo perderían los derechos a recibir beneficios bajo un plan médico grupal tendrían derecho a inscribirse en el plan médico grupal de uno de los padres como “beneficiarios alternos”. Tanto usted como sus beneficiarios pueden obtener del administrador del Plan, sin cargo alguno, una copia de los procedimientos del Plan relacionados con órdenes QMCSO.

Siempre que una orden de apoyo de menores sea dictada por un tribunal o agencia administrativa, deberá ser enviada a la Oficina del Fondo, la cual, a su vez, determinará si se trata de una orden “calificada” bajo ERISA. Cuando usted presente tal orden en la Oficina del Fondo, recibirá un ejemplar de los procedimientos del Fondo para determinar si dicha orden es calificada. La Oficina del Fondo les avisará a usted y a cada beneficiario alterno oportunamente, dentro de un período razonable, sobre si la orden es calificada. Un representante de un hijo puede ser nombrado para recibir copias de todos los avisos que se le envíen al hijo. Si se ha determinado que la orden es una Orden Calificada de Apoyo Médico de Menores, el hijo se considerará una Persona Cubierta.

Autoridad de los Síndicos

La habilidad del Fondo de proporcionar beneficios depende de ciertos factores que podrían variar de un año a otro, incluso de un mes a otro. Por consiguiente, los Síndicos se reservan el derecho de modificar, eliminar o reducir los beneficios brindados a los Empleados, Empleados Jubilados y sus Dependientes. Los Síndicos también se reservan el derecho de eliminar, suspender, enmendar o modificar el Plan, parcial o totalmente y en cualquier momento, por medio de un documento por escrito adoptado por la Junta Directiva, así como de adoptar nuevas reglas y reglamentos del Fondo o bien modificar las reglas y los reglamentos vigentes. Nada de lo indicado en el presente manual o en otros documentos deberá interpretarse como que los beneficios del Fondo, incluidas las tarifas de aportación, están garantizados o tienen “derechos adquiridos”. El Convenio de Fideicomiso del Fondo permite que el Plan sea eliminado suspendido, enmendado o modificado por una mayoría de votos de los Síndicos. Todo cambio efectuado al Plan deberá quedar reflejado en las actas de las reuniones, en los Resúmenes de Modificaciones al Material o documentación por escrito archivados en la Oficina del Fondo. Si el Plan se cancela, todos los fondos en el Fideicomiso se deben

usar exclusivamente en nombre de los Participantes del Plan y para sufragar los costos de administración y cancelación razonables o según de otro modo lo permita la ley. En ningún caso se devolverá ningún activo a un Empleador o al Sindicato.

Solo la Junta Directiva (o su representante) está autorizada para interpretar las reglas, los reglamentos y los beneficios establecidos en el presente documento. Esta interpretación es final y vinculante para todas las personas o entidades que tratan o reclaman un beneficio del Fondo. Ningún representante de ningún Empleador, el Sindicato ni el Administrador Externo tiene autoridad para expresarse en nombre de la Junta Directiva, y cualquier declaración emanada de cualquiera de estas partes no cambiará los términos del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o desea obtener información adicional, comuníquese con el Administrador Externo. Los asuntos que requieran alguna interpretación serán remitidos a la Junta Directiva.

Salvo en la medida que haya sido delegado por los Síndicos, los Síndicos tienen el poder exclusivo de verificar las reclamaciones de pago de beneficios y determinar si las condiciones de pago de beneficios han sido satisfechas. Los Síndicos también se reservan la autoridad discrecional exclusiva de determinar la elegibilidad para beneficios y de interpretar los términos de Plan.

La Junta Directiva puede delegar a otras personas algunos de sus deberes del Plan y puede solicitar el asesoramiento que la Junta estime razonablemente necesario respecto del Plan. La Junta Directiva tendrá el derecho de confiar en la información y el asesoramiento proporcionados por dichos delegados y expertos, a menos que sepa que dicha información o asesoramiento son erróneos o ilícitos.

Cómo usted puede poner de su parte para ayudar a mantener el Plan

Los beneficios de atención médica que se describen en este manual fueron diseñados para pagar los costos de una amplia gama de servicios, tratamientos y suministros Médicamente Necesarios.

Como toda buena herramienta, para que perdure, el Plan se debe usar de la debida manera. Por consiguiente, los costos del Plan deben permanecer razonables. Además, como sin duda ya sabe, los costos del Plan se rigen, en gran medida, por las reclamaciones presentadas por los Participantes y Dependientes.

Al hacer arreglos para recibir servicios de Hospital, médicos y otros relacionados, hable con su médico, el Hospital y otros sobre los cargos que esperan cobrar. Por lo general, a su proveedor de atención médica u Hospital les complacerá hablar con usted sobre ello. De hecho, la mayoría de las asociaciones médicas animan a los pacientes a hablar con sus proveedores de atención médica sobre los cargos antes de recibir tratamiento.

Quede satisfecho de que los cargos no excederán lo que usted pagaría si lo hiciera por su cuenta, ni más de lo que se cobra generalmente en su zona por servicios similares.

Recuerde, el Plan no paga cargos que excedan los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables por reclamaciones fuera de la red. Los montos que

excedan los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables son su responsabilidad.

Además, trate de asegurarse de que su proveedor de atención médica ordene solo los servicios necesarios. De esa manera, usted pondrá de su parte para mantener los beneficios del Plan y ayudará a reducir sus propios Gastos no Reembolsables.

SECCIÓN 3

REGLAS DE ELEGIBILIDAD

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS ACTIVOS

Elegibilidad Inicial

Un Empleado que trabaje conforme a un Convenio Colectivo que: (1) requiera que un Empleador haga aportaciones al Fondo en nombre suyo, y (2) haya sido aceptado por la Junta Directiva, pasará a ser elegible para recibir “Cobertura Médica de Empleados Activos” el primer día del segundo trimestre calendario que siga a un período no mayor de cuatro trimestres calendario consecutivos durante los cuales él o ella haya trabajado al menos 550 horas en no más de tres de los cuatro trimestres calendario de ese período.

Veamos algunos ejemplos para ver lo que esto significa. Como sabe, el año calendario consiste en cuatro (4) trimestres calendario, a saber:

- (1) Enero, febrero y marzo
- (2) Abril, mayo y junio
- (3) Julio, agosto y septiembre
- (4) Octubre, noviembre y diciembre

La elegibilidad se calcula a partir del último día de cada trimestre calendario.

Ejemplo 1:

Digamos que trabaja al menos 100 horas en cada uno de los seis meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio, lo que constituye dos trimestres calendario consecutivos. Ha trabajado un total de 600 horas en dos trimestres consecutivos de manera que pasa a ser elegible el 1.^º de octubre, que es el primer día del segundo trimestre calendario siguiente a un período que no excedió de cuatro trimestres calendario consecutivos durante los cuales usted trabajó al menos 550 horas en un máximo de tres de los cuatro trimestres calendario.

Como puede ver, para ser elegible debe trabajar un total de al menos 550 horas en uno, dos o tres de cuatro trimestres calendario consecutivos y luego debe esperar un trimestre calendario antes de recibir su elegibilidad. Una vez que sea elegible, seguirá siendo elegible por un trimestre calendario completo.

Ahora examinemos otro ejemplo.

Ejemplo 2:

Supongamos que trabaja 200 horas durante el trimestre de enero, febrero y marzo, otras 250 horas durante el trimestre de abril, mayo y junio, y otras 275 horas durante el trimestre de octubre, noviembre y diciembre. Eso le resulta en 725 horas en tres de los cuatro trimestres consecutivos. Tras esperar el trimestre de enero, febrero y marzo, usted pasa a ser elegible el 1.^º de abril y es elegible durante abril, mayo y junio.

Tome nota de que las aportaciones efectuadas por el Empleador en nombre suyo deben ser recibidas por la Oficina del Fondo antes de que sus horas cuenten para su elegibilidad bajo el Plan. Sin embargo, su Empleador paga su cobertura y no se requiere que usted haga aportaciones como Empleado activo a menos que así lo estipule el Convenio Colectivo con su Empleador.

Inscripción de Empleados

Cada Participante elegible debe completar y presentar ante la Oficina del Fondo un Formulario de Inscripción que se puede obtener del Agente Comercial del Sindicato Local o de la Oficina del Fondo. El Administrador del Plan o su representante tienen la discreción de permitir la inscripción por otros medios, entre ellos electrónicos, según lo estimen conveniente y a su sola discreción.

Elegibilidad de los Dependientes

Los Empleados también pueden obtener cobertura para sus Dependientes elegibles. Por lo general, sus Dependientes incluyen a su Cónyuge e Hijo(s). Vea la sección de Definiciones para obtener más información sobre los Dependientes elegibles.

La cobertura de Dependientes termina en la fecha más temprana de las siguientes, o según de otro modo lo estipulen los Síndicos de manera uniforme y no discriminatoria:

1. la fecha que termine la cobertura del Empleado;
2. para su Cónyuge e hijastros, de haberlos, la fecha en que usted y su Cónyuge se divorcien o separen legalmente;
3. la fecha en que su Dependiente pase a ser elegible para recibir beneficios como Empleado bajo este Plan; o bien
4. el último día del mes en que un Hijo cumpla 26 años de edad;

Requisito de notificación de divorcio

Además de los requisitos de notificación bajo COBRA, usted tiene la obligación de notificar oportunamente a la Oficina del Fondo, por escrito, tras un divorcio. A menos que se elija COBRA, el Cónyuge divorciado y los hijos del Cónyuge divorciado (hijastros del Participante) pasarán a ser no elegibles para recibir beneficios tras un divorcio. **Si no se le proporciona una notificación de divorcio a la Oficina del**

Fondo y, como resultado de ello, los beneficios se pagan a una persona que no califica como Dependiente, los Síndicos podrían decidir recuperar esos beneficios entablando un proceso legal y/o tratando dichos beneficios como un adelanto para usted, tras deducir esos montos de los beneficios que de otro modo serían pagaderos a sus Dependientes, hasta que el monto total de beneficios pagados por error se recupere. Además, si no se provee una notificación de divorcio a la Oficina del Fondo dentro de un plazo de 60 días, usted y su Cónyuge y los hijos de su Cónyuge divorciado perderán sus derechos a elegir la Continuación de la Cobertura de COBRA.

Término de la Elegibilidad

La elegibilidad suya y de sus Dependientes terminará si deja de trabajar al menos 550 horas en tres (3) de cuatro (4) trimestres calendario consecutivos. La elegibilidad para cobertura terminará el último día del primer trimestre calendario que siga a dicho período. (Consulte a continuación para ver las excepciones durante ciertas licencias o ausencia por servicio militar).

Si un Empleado fallece mientras es elegible para recibir cobertura, la elegibilidad de los Dependientes del Empleado terminará en la fecha en que la elegibilidad del Empleado hubiese terminado si este simplemente hubiera dejado de trabajar en la fecha del fallecimiento de dicho Empleado. No obstante, la elegibilidad de un Dependiente que se pierda solo por su edad continuará hasta el fin del mes en que cumpla 26 años.

Consulte la sección de COBRA para obtener más información sobre cualquier derecho que usted o sus Dependientes pudieran tener a continuar la cobertura bajo COBRA después de que su cobertura termine.

Restablecimiento de la Elegibilidad

Si la elegibilidad de un Empleado termina, y él o ella subsiguientemente regresa a trabajar en un Empleo Cubierto para un Empleador, la elegibilidad puede ser restablecida tras cumplir las disposiciones de elegibilidad inicial.

Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia Militar

Si usted ingresa a los servicios uniformados, según se define en la Ley de los Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés) para el servicio militar o entrenamiento activos, servicio militar o entrenamiento inactivos, servicios a tiempo completo en la Guardia Nacional o el Servicio de Salud Pública, o un examen para determinar su aptitud para el servicio, y de otro modo cumple con los requisitos de la ley USERRA (véase a continuación), su cobertura y la de sus Dependientes elegibles cesará de acuerdo con las reglas para empleados activos.

Si lo dan de baja de los Servicios Uniformados, salvo deshonrosamente, y de otro modo cumple con los requisitos de la ley USERRA (vea a continuación), la cobertura

del Plan para usted y sus dependientes elegibles será restablecida el día que regrese a trabajar como Empleado para un Empleador. Para que se restablezca, la ley USERRA generalmente requiere que:

- Usted (o un oficial militar correspondiente) provea aviso por escrito o verbal por adelantado a su Empleador de que usted va a ingresar a los servicios uniformados (a menos que dar tal aviso por escrito sea imposible, irrazonable o prohibido por necesidad militar);
- No lo han dado de baja deshonrosamente de los servicios uniformados;
- La duración acumulativa de todas sus ausencias de empleo con su Empleador debido a los servicios uniformados por lo general no debe exceder de cinco años; y
- Al dejar los servicios uniformados, debe reportarse nuevamente al Empleador para el cual trabajaba antes del servicio para ser recontratado y/o reportarse a su sindicato local para que lo refieran a un empleo cubierto dentro de los plazos correspondientes:
 - Servicio uniformado por menos de 31 días o por cualquier duración para un examen de idoneidad para el servicio -- por lo general debe reportarse a trabajar el primer día regular de trabajo programado por lo menos 8 horas después de regresar a casa del servicio, o
 - Servicio uniformado por más de 30 días, pero menos de 181 días -- por lo general debe reportarse a trabajar dentro de un plazo de 14 días después de completar el servicio.

Si cumple los requisitos de la ley USERRA, usted y sus Dependientes elegibles tendrán derecho a un período tras su regreso que podría ser equivalente al período de elegibilidad después de la fecha en que dejó a su Empleador. Si aún no ha trabajado horas suficientes en un empleo cubierto para satisfacer nuevamente los requisitos de continuación de la elegibilidad al final de ese período, es posible que pueda elegir continuación de la cobertura de COBRA. Debe elegir COBRA dentro de un plazo de 60 días de la fecha en que termine su cobertura. Usted puede continuar a la tarifa de COBRA hasta que cumpla los requisitos de elegibilidad nuevamente o su período máximo de COBRA transcurra, lo que ocurra primero.

CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD TEMPORAL PARA LOS EMPLEADOS DE UN EMPLEADOR MOROSO

Si usted es el Empleado de un Empleador Moroso que corre el peligro de perder su elegibilidad debido a la falta de pago de aportaciones de su Empleador, el Fondo le dará crédito por las horas en efecto trabajadas hasta un **máximo** de un trimestre (tres meses), mientras el Fondo se ocupa del cobro de los montos morosos del Empleador. En el caso de una mora de varios meses, las horas acreditadas serán las más antiguas.

En el caso que el Empleador Moroso también haya dejado de presentar las horas trabajadas por sus empleados, podría ser necesario que usted provea prueba de las horas trabajadas (por ejemplo, talonarios de paga) a fin de proveerle este crédito temporal.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE GRUPOS RECIÉN SINDICALIZADOS

Si es Empleado de un Grupo Recién Sindicalizado, será elegible para recibir beneficios el primer día del mes que siga al mes en que se completen al menos 550 horas de aportaciones reportadas al Fondo en nombre suyo por los seis meses inmediatamente anteriores.

Elegibilidad Inicial

Si es Empleado de un Grupo Recién Sindicalizado, será elegible para recibir beneficios el primer día del mes que siga al mes en que se completen al menos 550 horas de trabajo en un Empleo Cubierto por los seis (6) meses calendario inmediatamente anteriores por los cuales el Fondo reciba aportaciones. Los nombres de los Empleados nuevos cubiertos bajo esta disposición deben ser recibidos en la Oficina del Fondo antes del primer día del primer mes de cobertura.

¿Cuáles empleados califican para estas reglas especiales?

El Fondo de Bienestar ha establecido reglas de elegibilidad especiales para "Empleados en Grupos Recién Sindicalizados". Los empleados que califiquen para estas reglas especiales son individuos que no son Participantes en el Plan y actualmente tienen cobertura proporcionada por el Empleador. Pueden ser empleados actuales de una compañía recién organizada que firma un Convenio Colectivo con el Sindicato o empleados recién sindicalizados representados por el Sindicato que luego son contratados por un Empleador que ya efectúa aportaciones al Fondo. El propósito de estas reglas especiales de elegibilidad es animar la adición de Participantes nuevos al Plan. Estas reglas de elegibilidad especiales no están disponibles para Empleados actuales representados por el Sindicato.

¿A cuál período aplican estas reglas especiales?

El Convenio Colectivo describe los requisitos de elegibilidad y los beneficios correspondientes a Empleados en Grupos Recién Sindicalizados por un período limitado antes de que un Empleado establezca elegibilidad bajo la reglas de Elegibilidad Inicial regulares del Plan.

Después de que un Empleado en un Grupo Recién Sindicalizado haya mantenido su elegibilidad por un año, todas las reglas y beneficios del Plan corresponderán según se describe en este Resumen de la Descripción del Plan y estas reglas especiales ya no serán aplicables. Además, si un Empleado en un Grupo Recién Sindicalizado pierde su elegibilidad bajo las Reglas de Continuación de la Elegibilidad especiales que se describen en este Resumen de la Descripción del Plan, esas reglas especiales ya no

serán aplicables a menos que así lo estipule el Convenio Colectivo y por acuerdo previo de la Junta Directiva. En esta circunstancia, el Empleado puede entonces pasar a ser elegible para recibir beneficios solo si cumple con las reglas de Elegibilidad Inicial regulares del Plan según se describe en la Sección 3 de este Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan.

OTRAS OPORTUNIDADES PARA INSCRIBIRSE EN COBERTURA PARA USTED O SUS DEPENDIENTES

Si rechaza la inscripción para usted mismo o sus Dependientes debido a otra cobertura de seguro médico, hay tres categorías de situaciones de “inscripción especial” conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferencia de los Seguros Médicos (“HIPAA”) que le podrían permitir cambiar su elección e inscribirse en cobertura médica bajo el Plan.

Primero, cuando se casa, le nace un Hijo, adopta un Hijo, o un Hijo se coloca con usted para su adopción, el Plan le permite inscribirse usted mismo, a su Cónyuge elegible y a su Hijo recién nacido/adoptado dentro de un plazo de 30 días de la fecha del suceso.

Segundo, si usted rechazó la cobertura para usted mismo, su Cónyuge o su Hijo debido a otra cobertura, y su(s) Dependiente(s) experimenta(n) una “pérdida de la elegibilidad” de esa otra cobertura, entonces se puede inscribir usted mismo, su Cónyuge y/o sus Hijos que pierdan la elegibilidad dentro de un plazo de 30 días del suceso.

Una “pérdida de la elegibilidad” resulta si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pérdida de la elegibilidad por motivos que no sean la falta de pago de las primas o fraude;
- Cese de todas las aportaciones de los empleadores;
- Traslado fuera del área de servicio de un plan médico HMO si el otro plan no ofrece otra cobertura; o
- Dejar de ser un “dependiente” según lo define el otro plan.

Tercero, si usted solicita la inscripción dentro de un plazo de 60 días, se podrá inscribir usted mismo y a un Hijo elegible si se satisface cualquiera de las siguientes condiciones:

- Usted o su Hijo elegible pierden la elegibilidad para Medicaid o un plan de salud estatal para niños; o
- Se determina que usted o su Hijo elegible son elegibles para recibir asistencia con el pago de las primas del seguro médico bajo un plan de Medicaid o un plan de salud estatal para niños.

La inscripción especial de HIPAA es generalmente prospectiva. No obstante, si un hijo recién nacido o un hijo adoptado o colocado para adopción quedan inscritos durante el

período de inscripción especial, entonces la cobertura del hijo (y la cobertura de otros que puedan ser agregados conforme a los requisitos de HIPAA, como el Cónyuge del Empleado) es retroactiva a la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción si usted solicita la inscripción dentro de un plazo de 30 días.

COBERTURA PARA EMPLEADOS QUE ESTÁN DE LICENCIA

La Ley de Ausencias por Motivos Médicos y de Familia [Family and Medical Leave Act ("FMLA", por sus siglas en inglés)] de 1993 les da derecho a los empleados elegibles conforme a la Ley a tomar hasta 12 semanas de licencia sin paga con protección del empleo cada año por motivos de la enfermedad del empleado mismo, o para cuidar de un hijo, cónyuge o parente gravemente enfermos; el nacimiento o colocación de un hijo con el empleado en el caso de una adopción o de cuidado en hogar de crianza, o bien una "exigencia calificada", según la definen los reglamentos correspondientes, que surge del hecho de que un miembro de la familia cubierto está en el servicio activo o ha sido llamado al servicio activo en la Guardia Nacional o las Reservas en apoyo a una operación de contingencia federal. Además, la ley FMLA estipula que cualquier Empleado elegible que sea miembro de la familia o parente calificado de un miembro del servicio cubierto puede tomarse una licencia de hasta 26 semanas de trabajo durante un período único de 12 meses para cuidar del miembro del servicio con una enfermedad o lesión graves ocurridas durante el desempeño de sus deberes.

Por lo general, los empleados elegibles para ausentarse de conformidad con la ley FMLA son aquellos que han sido empleados del empleador al menos por 12 meses y le han proporcionado al menos 1,250 horas de servicio a dicho empleador. Un empleado en un lugar de trabajo donde hay menos de 50 empleados no es elegible para ausentarse conforme a la ley FMLA a menos que el número total de empleados de ese empleador dentro de un radio de 75 millas de ese empleado equivalga o sea más de 50. Comuníquese con la Oficina del Fondo si planifica ausentarse de conformidad con la ley FMLA para que el Fondo esté al tanto de la responsabilidad de su empleado de reportar el período de su ausencia. Además, si tiene alguna pregunta sobre la ley FMLA, debe comunicarse con su empleador o con la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas (Wage and Hour Division) que aparece en la mayoría de los directorios telefónicos bajo Gobierno de EE. UU. (U. S. Government), Departamento del Trabajo (Labor Department), Administración de Estándares de Empleo (Employment Standards Administration).

SERVICIO MILITAR CALIFICADO

Si usted deja un empleo para integrarse al Servicio Militar Calificado a tiempo completo, según se define en las leyes federales, se permite que usted y sus Dependientes elegibles elijan continuar la cobertura de atención médica bajo el Plan, sujeto a ciertos límites de las leyes federales. Esta cobertura, sujeta a las disposiciones del Plan, debe durar hasta por veinticuatro (24) meses, comenzando en la fecha de su ausencia del empleo. No obstante, la cobertura terminará antes de finalizar el período de veinticuatro (24) meses si se integra al Servicio Militar Calificado y lo dan de baja antes pero no presenta una solicitud de recontratación en el empleo oportunamente tras ser dado de baja (consulte "Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia Militar" arriba).

Si elige esa continuación de la cobertura, no tendrá que pagar ninguna prima por los primeros treinta (30) días de tal cobertura. No obstante, de ahí en adelante, y hasta que

cese dicha cobertura, se le requerirá que efectúe un pago de prima mensual al Plan que se basará en el costo promedio en que el Plan incurre anualmente por Participante, más un cargo administrativo del dos por ciento (2%).

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS JUBILADOS

Elegibilidad Inicial

Un albañil del cemento jubilado será elegible para recibir beneficios como Empleado Jubilado bajo el Fondo si él o ella:

- elige la Cobertura Médica para Empleados Jubilados dentro de un plazo de 90 días calendario de la fecha de comienzo de los beneficios como Jubilado bajo el Plan de Pensión y Jubilación del Fondo de Fideicomiso de Pensiones de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.
- si no es elegible para Medicare (p. ej., es menor de 65 años de edad y no está discapacitado);
- se ha jubilado de un empleo activo; y
- Ya sea:
 - (a) cumplió los requisitos de jubilación bajo el Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. Antes de 1970, o
 - (b) es un participante que recibe beneficios bajo el Fondo de Jubilación de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. y fue elegible para recibir beneficios médicos bajo este Fondo por cinco (5) de los siete (7) años inmediatamente previos a la fecha de vigencia de este beneficio de pensión del Fondo de Jubilación de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.; y
- efectúa el pago de primas mensuales por adelantado a la Oficina del Fondo por un monto establecido de vez en cuando por los Síndicos.

Elegibilidad de los Dependientes

Solo los Cónyuges de Empleados Jubilados elegibles califican como Dependientes bajo las disposiciones de “Cobertura Médica de Empleados Jubilados” del Plan. Los pagos de primas por la cobertura de Cónyuges se deben efectuar por adelantado cada mes en la Oficina del Fondo por el monto establecido de vez en cuando por los Síndicos.

Término de la Elegibilidad

Un Empleado Jubilado pierde su elegibilidad si él o ella:

- pasa a ser elegible para Medicare (p. ej. Cumple 65 años de edad o se discapacita total o permanentemente); o
- no efectúa el pago de la prima mensual por adelantado a la Oficina del Fondo.

El Cónyuge de un Empleado Jubilado pierde la elegibilidad para beneficios por motivo de que:

- el Cónyuge pasa a ser elegible para Medicare (p. ej. Cumple 65 años de edad o se discapacita total o permanentemente); o
- el divorcio o la separación legal del Empleado Jubilado;
- el pago de la prima mensual del Cónyuge no se efectúa por adelantado a la Oficina del Fondo.

Bajo ciertas circunstancias, los Cónyuges de Empleados Jubilados podrían tener el derecho de continuación de la cobertura bajo COBRA. Consulte la Sección 9, Continuación de la Cobertura bajo COBRA, para obtener más información.

SECCIÓN 4

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS ACTIVOS

Beneficios Médicos Mayores Completos (Empleados y Dependientes)*

Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Plan	70%
Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Empleado/Dependiente	30% (tras pago del deducible)
Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Plan – Servicios Preventivos (Dentro de la Red)	100%
Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Plan - Servicios Preventivos (Fuera de la Red)	0% (sin deducible)***
Deducible individual (incluye los costos de recetas)	\$500
Deducible de familia (incluye los costos de recetas)	\$1,000
Máximo de gastos médicos no reembolsables por individuo	\$5,000
Máximo de gastos médicos no reembolsables por familia	\$10,200
Beneficio máximo pagado por el Plan (por individuo)	El Plan no tiene un límite monetario por beneficios médicos esenciales, según se definen en la ley ACA. **

* Beneficios dentro y fuera de la red, a menos que se especifique algo distinto.

** Determinados de conformidad con las directrices correspondientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos

*** Excepto cuando lo exija la ley.

Beneficios de Medicamentos con Receta (Empleados y Dependientes)

Deducible individual (incluye los costos médicos)	\$500
Deducible de familia (incluye los costos médicos)	\$1,000
Máximo de gastos de recetas no reembolsables por individuo	\$1,600
Máximo de gastos de recetas no reembolsables por familia	\$3,200
Beneficio máximo pagado por el Plan (por individuo)	El Plan no tiene un límite monetario por

beneficios médicos esenciales, según se definen en la ley ACA.**

Tipo de Medicamento	Precio Minorista (30 días)	Pedido por Correo o Farmacia CVS (90 días)
Genéricos (excepto Preventivos preferidos)	\$10	\$20
Marcas preferidas (cuando no haya genéricos)	30% hasta \$50	30% hasta \$100
Preventivos preferidos* (Ley de Cuidado de Salud Asequible)	Sin costo	Sin costo
Marcas no preferidas (con autorización previa)	30% hasta \$100	30% hasta \$200
Medicamentos especializados	No se cubren	No se cubren

*Un Medicamento Preventivo Preferido (que no está sujeto a copagos o deducibles) es un medicamento o artículo de la Lista de Medicamentos Preventivos Preferidos de CVSHealth (Preferred Preventive Drug List) que un proveedor receta por escrito bajo ciertos criterios médicos - aspirina, ácido fólico, fluoruro, suplementos de hierro, productos para dejar de fumar, y anticonceptivos aprobados por la FDA para las mujeres.

Tenga en cuenta lo siguiente respecto del Programa de Medicamentos con Receta:

- El Administrador de Beneficios de Recetas es CVSHealth (antiguamente Caremark). Eso significa que usted puede comprar su(s) receta(s) en cualquier farmacia CVS o en cualquier otra farmacia que participe en la red de CVSHealth (por ejemplo, Giant, Safeway, RiteAid, Target, Walgreens).
- El Programa de Medicamentos con Receta solo provee beneficios por medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca cuando no hay uno genérico disponible.
- Si pide un medicamento de marca cuando hay uno genérico disponible, usted es responsable de pagar la diferencia del costo entre el medicamento Genérico y el medicamento de Marca. Por lo general, tiene que pagar la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico, aunque su proveedor de atención médica diga que la receta tiene que ser surtida según está escrita.
- En el caso de anticonceptivos que se consideran cuidado preventivo, el Plan hará arreglos para las personas para quienes un medicamento genérico (o un medicamento de marca) sería médicaamente inadecuado, según lo determine el proveedor de atención médica de la persona, exonerando el costo compartido por la versión de marca. Además, si no hay una versión genérica disponible, o si no fuera médicaamente adecuado como el método anticonceptivo de marca (según la determinación del proveedor a cargo, en consulta con el paciente), entonces el Plan cubrirá el medicamento de marca sin compartición del costo, sujeto a un control médico razonable.
- No se cubren los medicamentos especializados.

- Aplica un límite separado de gastos no reembolsables por recetas. El máximo de gastos no reembolsables es \$1,600 por persona o \$3,200 por familia. Una vez que satisface el límite de gastos no reembolsables, usted no paga nada por las recetas cubiertas, salvo la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y su equivalente genérico.
- Se cubren las recetas de suministros de hasta 30 días (al por menor) o hasta 90 días (por correo o en farmacia CVS).
- Los medicamentos de mantenimiento se deben comprar a través del programa de pedido por correo o en una Farmacia CVS.

Si pide un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible, usted es responsable de pagar la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca. De manera similar, si un proveedor de atención médica receta un medicamento que tiene un equivalente genérico, el Plan reembolsará solo el costo del equivalente genérico, aunque su proveedor de atención médica diga que la receta se debe surtir según está escrita. Además, la diferencia del costo entre el genérico y el de marca no contará para su deducible o el máximo de gastos no reembolsables.

Como se describe a continuación, el Plan cubre el cuidado preventivo que se exige bajo la ley ACA, sin costo alguno. Eso incluye ciertos medicamentos con receta y sin receta. En el caso de anticonceptivos que se consideran cuidado preventivo bajo la ley ACA, el Plan hará arreglos para las personas para quienes un medicamento genérico (o medicamento de marca) cubierto por el Plan sería médicalemente inadecuado, según lo determine el proveedor de atención médica de la persona, exonerando el costo compartido por la versión de marca preferida o no preferida. Además, si no hay una versión genérica disponible, o si no fuera médicalemente adecuado como el método anticonceptivo de marca (según la determinación del proveedor a cargo, en consulta con el paciente), entonces el Plan cubrirá el medicamento de marca sin compartición del costo, sujeto a un control médico razonable.

Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad (Solo Empleados)

Beneficio pagado por el Plan	\$200 por semana
Programa de pago máximo	26 semanas por discapacidad

Consulte las descripciones de los Gastos Cubiertos e información en la Sección 6 de este manual para ver más detalles sobre los beneficios que cubre el Plan.

SECCIÓN 5

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS JUBILADOS

(Para empleados jubilados y sus cónyuges)

Los beneficios se basan en el Programa de Beneficios proporcionado a los Empleados Activos, salvo:

1. Sin beneficios semanales por accidente y enfermedad;
2. Los beneficios se proveen solo a Empleados Jubilados (y sus Cónyuges) que no califican para Medicare;
3. Los Jubilados y/o sus Cónyuges elegibles para Medicare (ya sea por edad o discapacidad) no son elegibles para esta porción del Plan; y
4. Se requiere un pago de prima mensual por persona.

SECCIÓN 6

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

(Solo para empleados activos)

General

Se paga un beneficio semanal a un Empleado mientras esté discapacitado y no pueda trabajar como resultado de un accidente o lesión no relacionados con el trabajo por los cuales no haya beneficios pagaderos bajo una Ley de Compensación a los Trabajadores.

No es necesario que un Empleado esté confinado a casa para cobrar beneficios pero sí debe estar bajo el cuidado de un Médico con licencia y no puede dedicarse a ningún tipo de empleo, remunerado en efectivo o de otra manera, durante el período de discapacidad.

Una vez que el Empleado ha comenzado a recibir estos beneficios, de vez en cuando se le requerirá que un médico complete un formulario suplementario para indicar si el Empleado aún está discapacitado. Este formulario le será enviado al Empleado por la Oficina del Fondo y debe ser devuelto a la Oficina del Fondo dentro de un plazo de dos semanas de su recepción.

Período de Cobertura

El beneficio semanal de \$200 al que tiene derecho un Empleado comenzará el primer día de la discapacidad que resulte de un accidente o si está hospitalizado, o el octavo día de discapacidad si la discapacidad no resultó de un accidente o no requirió hospitalización, y será pagadero por el período que dure la discapacidad hasta el número máximo de semanas especificado en el Programa de Beneficios.

Se efectuarán pagos por todos los períodos de discapacidad individuales que ocurran, sin exceder el pago por el número máximo de semanas que se especifica en el Programa de Beneficios. No se efectuarán pagos si recibe una pensión o pagos del Seguro Social por discapacidad. Si la discapacidad termina durante una semana laboral, los beneficios por accidente y enfermedad se pagarán a la tasa de \$40 por día de discapacidad durante esa semana laboral, con un pago máximo de \$200.

Períodos de discapacidad sucesivos

Causas no relacionadas: Si un Empleado regresa a trabajar tras una ausencia por la cual se han pagado beneficios semanales por accidente y enfermedad, y

nuevamente queda discapacitado, ambos períodos de ausencia se considerarán como una discapacidad a menos que la discapacidad subsiguiente se deba a una lesión o enfermedad totalmente no relacionada con la(s) causa(s) de la discapacidad anterior y comience después de que el empleado regrese a un empleo completamente activo con un Empleador.

La misma causa o causas relacionadas: En el caso de una discapacidad subsiguiente ocasionada por la misma causa o por una causa relacionada, el Empleador debe haberse recuperado totalmente y debe haber completado al menos dos semanas de empleo activo a tiempo completo con un Empleador después de la primera discapacidad a fin de que la segunda ausencia se considere una segunda discapacidad por la cual se pueden pagar beneficios semanales por accidente y enfermedad. Además, el Médico del Empleador debe confirmar que el Empleador se recuperó totalmente y regresó al trabajo con el permiso del Médico.

En todos los casos, los Síndicos, a su discreción, pueden requerir que el Empleador que manifiesta tener derecho a los beneficios sea examinado por un Médico seleccionado por los Síndicos.

BENEFICIOS MÉDICOS

Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Los Síndicos han contratado los servicios de “OneNet” Preferred Provider Organizations (PPO), un grupo de Médicos, especialistas y Hospitales que han acordado proporcionar sus servicios a los Participantes del Fondo a un precio con descuento.

No es obligatorio usar la red PPO. No obstante, si usa la red PPO hay ahorros considerables tanto para usted como para el Fondo. Recuerde, bajo este Plan, usted es responsable de pagar el 30% de los cargos tras el deducible. Mientras más altos los cargos, más tendrá que pagar usted.

El directorio de CareFirst BlueCross BlueShield PPO tiene una lista de los Médicos y Hospitales participantes. Es una guía que le ayuda a identificar a los proveedores y está organizada por especialidad y ubicación geográfica. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una copia del directorio.

Como se puede esperar, la lista de proveedores de atención médica que participan en la red PPO cambia periódicamente. Dicha lista del directorio contiene la información más completa que nuestros procedimientos nos permiten suministrar al momento de su publicación. No obstante, como es posible que algunos de los proveedores de la lista ya no participen en la red PPO, debe verificar con su proveedor cada vez que solicite servicios de atención médica. Eso le garantizará que su proveedor aún sea participante, de manera que usted y el Fondo obtengan los descuentos correspondientes.

Designación de Proveedores de Cuidado Primario y/u Obstetras/Ginecólogos

Usted tiene el derecho de seleccionar cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red del Fondo y esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. En el caso de niños, puede seleccionar a un pediatra como proveedor de cuidado primario. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, comuníquese con CareFirst llamando al 1-800-235-5160 o visite www.carefirst.com.

No necesita autorización previa del Fondo o de ninguna otra persona (incluidos proveedores de cuidado primario) para obtener acceso a cuidado de obstetricia o ginecología de un profesional de atención médica de la red que se especializa en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional de atención médica tenga que cumplir con ciertos procedimientos, entre ellos la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o bien seguir las directrices para hacer referidos. Para ver una lista de los profesionales médicos que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con CareFirst llamando al 1-800-235-5160 o visite www.carefirst.com.

Requisitos de Revisión Previa a la Admisión al Hospital

Cuando una Persona Cubierta debe ser hospitalizada, el Plan cubrirá muchos de los cargos del Hospital. No obstante, todas las Personas Cubiertas deben seguir estos procedimientos de revisión previa a la admisión para ayudar a garantizar que los cargos de la estadía en el Hospital sean necesarios y apropiados:

- (1) Al menos de 7 a 10 días antes de una hospitalización programada, usted o su médico deben llamar a American Health Holding, Inc. (el proveedor de Revisión Previa a la Admisión y PPO del Fondo) al 1-800-641-5566 (si la admisión al Hospital ocurre después de recibir Servicios de Emergencia, la llamada debe ser efectuada en un plazo de 48 horas de su admisión).
- (2) Los médicos y enfermeras de American Health Holding, Inc. hablarán con su médico sobre la duración propuesta de su estadía. La aprobarán o recomendarán una alternativa, como tratamiento en calidad de paciente ambulatorio. Usted y su médico recibirán confirmación sobre la decisión.
- (3) American Health Holding, Inc. supervisará la estadía en el Hospital y, de ser necesario, aprobará días adicionales de cobertura de beneficios.
- (4) Como proveedor de la Revisión Previa a la Admisión, American Health Holding, Inc. se desempeña como asesor del Fondo para fines de recomendar el número de días de Hospital que el Fondo deberá pagar de conformidad con su Programa de Beneficios.

Tome nota de que la revisión previa a la admisión al hospital le ayuda a determinar si un gasto en particular será cubierto bajo el Plan y, de ser así, la

tasa de reembolso. Si se solicita la precertificación y esta se deniega, la denegación solo significa que el gasto no será cubierto o será cubierto a una tasa de reembolso más baja bajo el Plan. No representa un juicio médico sobre si debe someterse al tratamiento o procedimiento médico; esa decisión le corresponde solo a usted en consulta con sus proveedores seleccionados. El hecho de que un tratamiento o procedimiento médico podría no estar cubierto por el Plan, o el que se reembolse a una tasa más baja, es simplemente un asunto del diseño del plan -- brindar el mayor beneficio al mayor número de personas a un costo asequible.

Administración de casos médicos

Si se espera que el confinamiento al Hospital sea inusualmente largo y costoso, se podría asignar un “administrador de casos” de American Health Holding, Inc. para ayudar a determinar la manera más adecuada y eficaz en función de los costos de brindar la atención necesaria. El Fondo cubre su porción de los cargos por el cuidado alternativo recomendado por el administrador del caso.

El administrador del caso colaborará con su médico para desarrollar un plan de tratamiento y hacer los arreglos necesarios. Él o ella continuará supervisando el caso hasta que el tratamiento especializado ya no sea necesario.

Tome nota de que la administración de casos médicos es un procedimiento que le ayuda a determinar si los gastos serán cubiertos bajo el Plan y, de ser así, la tasa de reembolso. Si se solicita un servicio o suministro y se le deniega, la denegación solo significa que el gasto no será cubierto o será cubierto a una tasa de reembolso más baja bajo el Plan. No representa un juicio médico sobre si debe someterse al tratamiento o procedimiento médico; esa decisión le corresponde solo a usted en consulta con sus proveedores seleccionados. El hecho de que un tratamiento o procedimiento médico podría no estar cubierto por el Plan, o el que se reembolse a una tasa más baja, es simplemente un asunto del diseño del plan -- brindar el mayor beneficio al mayor número de personas a un costo asequible.

Descripción de los Beneficios de Gastos Médicos Cubiertos

Como se muestra en el Programa de Beneficios, el Fondo provee cobertura de conformidad con un “programa médico mayor completo” en el que el Fondo paga el 70% de muchos Gastos Cubiertos y usted paga el 30%. Esta cobertura fue diseñada para reembolsarle, en gran medida, los gastos incurridos como resultado de lesiones o enfermedades no relacionadas con una ocupación.

Los gastos médicos que son Gastos Cubiertos bajo el Plan son:

- (1) Habitación y Comidas y otros cargos que el Hospital cobra como condición de ocupación de manera regular o semanal. No obstante, si se usa una habitación de Hospital privada, cualquier cargo que exceda de los cargos promedio de

Habitación y Comidas del Hospital, el cargo de habitación semiprivada no contará como cargo médico cubierto;

- (2) Costos por salas y equipo de cirugía, parto, recuperación y tratamiento;
- (3) Pruebas de laboratorio de diagnóstico y patología cuando son Médicamente Necesarios y generalmente aceptados como pruebas estándar o razonables para la afección, incluidos exámenes radiográficos, electrocardiogramas y electroencefalogramas;
- (4) Radioterapia, que incluye el uso de radiografías, radón, radio, cobalto y otras sustancias radiactivas;
- (5) Servicios o suministros proporcionados por el hospital para tratamiento en el departamento de pacientes ambulatorios, sala de emergencia o instalación quirúrgica ambulatoria;
- (6) Vendajes y vendas quirúrgicas en un Hospital o consultorio de un Médico;
- (7) Medicamentos con receta tomados o administrados durante la hospitalización;
- (8) Sangre entera, plasma sanguíneo, sustitutos de plasma y transfusiones sanguíneas;
- (9) Cuidado rutinario en la unidad neonatal de un hijo recién nacido de una Persona Cubierta;
- (10) Tratamiento como paciente hospitalizado de un trastorno mental o de los nervios;
- (11) Confinamiento por las complicaciones médicas del alcoholismo o el abuso de drogas, entre ellas cirrosis, *delirium tremens*, hepatitis;
- (12) Servicios de cuidado de enfermería general de un profesional con licencia;
- (13) La incisión, extirpación o electrocauterización de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- (14) Pruebas prequirúrgicas;
- (15) Tratamiento por una fractura;
- (16) Reducción de una dislocación;
- (17) Procedimientos endoscópicos;
- (18) Terapia radiográfica o con radio, o terapia láser en lugar de una cirugía con incisión;

- (19) Anestesia y su administración;
- (20) Los honorarios del asistente de cirujano que no excedan del 20% del gasto de cirugía cuberto;
- (21) Los servicios de un Médico legalmente calificado (pero no consultas en el Hospital en conexión con un procedimiento quirúrgico o cuidado posquirúrgico a menos que la consulta sea de un Médico que no fue el cirujano que practicó la cirugía);
- (22) Los servicios de una enfermera partera (solo para Empleados y sus Cónyuges) hasta un monto que no exceda del monto que sería pagadero si un Médico realizará los servicios;
- (23) Los servicios de un enfermero registrado o graduado (R.N. -- que no sea un enfermero que ordinariamente reside en su hogar o que es miembro de la familia suya o la de su Cónyuge);
- (24) Terapia por radiografía, radio e isótopos radiactivos;
- (25) Anestesia, incluida su administración;
- (26) Alquiler de un pulmón de acero y otros equipos duraderos, médicos o quirúrgicos, como sillas de rueda o camas tipo hospital;
- (27) Extremidades artificiales, dispositivos ortopédicos implantados, aparatos y dispositivos ortopédicos, laringes y ojos artificiales, pero no audífonos, exámenes de la vista o anteojos;
- (28) Servicios de fisioterapia, hidroterapia o terapia ocupacional prestados por un profesional con licencia;
- (29) Terapia del habla mediante el uso de programas adecuados para el tratamiento de la disfunción del desarrollo del habla resultante de una lesión o enfermedad;
- (30) Diálisis renal cuando se realiza en una instalación aprobada por Medicare;
- (31) Oxígeno;
- (32) Servicio de ambulancia local cuando se usa para transportar a la persona del lugar donde sufrió una lesión por accidente o enfermedad al primer Hospital donde se pueda brindar tratamiento. Sin embargo, no se incluye ningún otro cargo en conexión con el traslado en ambulancia;
- (33) Los gastos incurridos en relación con trabajos dentales o cirugía oral cuando se lleven a cabo para reparar daños a los dientes naturales u otros tejidos del organismo resultantes de una lesión accidental no ocupacional sufrida mientras la persona es una Persona Cubierta, siempre que los servicios se reciban

durante los doce (12) meses posteriores al accidente, o por cirugía relacionada directamente con cirugía de cáncer bucal;

- (34) La cirugía plástica se cubre solo cuando es necesaria para la reparación oportuna de una lesión accidental no relacionada con la ocupación que ocurra mientras la persona sea elegible, por un defecto o una desfiguración congénitos relacionados con una enfermedad. No se proporcionan otros gastos de cirugía plástica a menos que de otro modo lo exija la ley;
- (35) Yesos, férulas, bragueros, otros dispositivos ortopédicos para las piernas y muletas;
- (36) Marcapasos cardíaco electrónico;
- (37) Hay disponibles beneficios de fertilización *in vitro* para los Pacientes y sus Cónyuges elegibles (pero no para otros Dependientes) si se siguen las siguientes directrices para pacientes ambulatorios y otros gastos fuera del hospital:
 - (a) Los óvulos de la paciente se fertilizan con el esperma del Cónyuge de la paciente;
 - (b) La paciente y el Cónyuge de la paciente tienen un historial de infecundidad de al menos cinco (5) años de duración o la infecundidad está asociada con una o más de las siguientes afecciones médicas:
 - i. endometriosis;
 - ii. exposición a dietilestilbestrol (DES) en útero; o
 - iii. un bloqueo o la remoción quirúrgica de una o ambas trompas de Falopio.
 - (c) La paciente no ha podido quedar embarazada a través de otros tratamientos de infecundidad menos costosos y adecuados por los cuales hay cobertura disponible bajo el Plan, de haberlos.
 - (d) Los procedimientos de fertilización *in vitro* se practican en instalaciones médicas que cumplen con las directrices para clínicas de fertilización *in vitro* del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología o con las normas mínimas de la Sociedad Americana de Fecundidad para los programas de fertilización *in vitro*.
- (38) El cuidado médico preventivo se provee de la manera siguiente:

El término “Servicios Preventivos” generalmente incluye atención médica rutinaria como exámenes de detección, chequeos y asesoramiento a pacientes para evitar enfermedades, afecciones u otros problemas médicos. El Plan

cubre una gama completa de Servicios Preventivos que se requieren bajo la ley ACA sin compartir costos (en otras palabras, sin cargos como copagos, coaseguros o deducibles) cuando los servicios son brindados por un proveedor que participa en la red. Específicamente, los Servicios Preventivos cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios preventivos basados en evidencia: Los artículos o servicios basados en evidencia con una “calificación de” A o B de la Fuerza Conjunta de Servicios Preventivos, como exámenes de detección de cáncer de seno o colon, detección de deficiencias vitamínicas durante el embarazo, detección de diabetes, alto colesterol y alta presión sanguínea, así como asesoramiento para dejar de fumar.
- Vacunas de rutina: Inmunizaciones de uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices] de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention].
- Prevención para niños: Cuidado y exámenes de detección informados por evidencia estipulados en las directrices completas apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration - HRSA) para bebés, niños y adolescentes, como visitas regulares al pediatra, evaluación de la vista y la audición, evaluaciones del desarrollo, inmunizaciones, así como exámenes de detección y asesoramiento para abordar la obesidad y ayudar a los niños a mantener un peso saludable.
- Prevención para mujeres: Cuidado y exámenes de detección informados por evidencia estipulados en las directrices completas apoyadas por la HRSA para mujeres, anticonceptivos, apoyo y suministros de lactancia, así como exámenes de detección y asesoramiento por violencia interpersonal y doméstica.

Según se aprueben servicios nuevos, el Plan los cubrirá sin compartir los costos para los años del Plan comenzando un año después. Una lista de los servicios cubiertos está disponible en:

- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/>
- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/women/>
- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/children/>

Algunas veces los Servicios Preventivos se incluyen con otros servicios como parte de una visita al consultorio. El Plan podría imponer un costo compartido a una visita al consultorio: (a) si el Servicio Preventivo se cobra por separado (o se contabiliza por separado como información de un encuentro individual)

de la visita oficial, o (b) si el Servicio Preventivo recomendado no se cobra por separado (o no se contabiliza por separado como información de un encuentro individual) de la visita al consultorio, el propósito principal de la visita al consultorio es distinto a la prestación del Servicio Preventivo recomendado. En tal caso, el Plan aún podría imponer un copago, coaseguro o deducible.

De conformidad con la ley correspondiente y las directrices de una agencia administrativa, el Plan exige que se compartan los costos por estos Servicios Preventivos cuando los provee un proveedor que no participa en la red, a menos que el Servicio Preventivo no esté disponible Dentro de la Red. Además, los medicamentos con receta que constituyen Servicios Preventivos están disponibles solamente Dentro de la Red a menos que no estén disponibles de tal manera.

Asegúrese de verificar la Sección de Exclusiones y Limitaciones Generales del Plan de este manual (Sección 7) antes de obtener algún tratamiento médico.

Descripción de los Medicamentos con Receta Cubiertos

El Plan paga beneficios por medicamentos con receta elegibles según se ilustra en el Programa de Beneficios. Esta cobertura fue diseñada para reembolsarle, en gran medida, los gastos incurridos como resultado de lesiones o enfermedades no relacionadas con una ocupación. Los Gastos Cubiertos bajo esta parte del Plan incluyen:

- Medicamentos con leyenda
- Medicamentos DESI (siglas en inglés del Estudio de Implementación de Eficacia de los Medicamentos) -- Medicamentos DESI son medicamentos que la FDA determina que carecen de prueba sustancial de su eficacia. Los medicamentos DESI no cuentan con estudios que apoyen sus usos, pero siguen usándose en el mercado actual porque han sido usados y aceptados por muchos años sin problemas de seguridad.
- Medicamento de Venta Libre (“OTC”, por sus siglas en inglés) que constituye una sustancia controlada 5 (CV, por sus siglas en inglés) (p. ej. jarabe Robitussin AC y Naldecon-CX) - Aunque designado OTC bajo las leyes federales, estos son medicamentos con leyenda en algunos estados, por lo que están todos cubiertos.
- Vitaminas individuales recetadas - Vitaminas con indicaciones además de su uso como suplementos alimentarios para el tratamiento de enfermedades específicas relacionadas con deficiencias vitamínicas. Por ejemplo, la vitamina B12 (cianocobalamina) para la anemia y la degeneración del sistema nervioso, vitamina K (fitonadiona) para la hipoprotrombinemia o hemorragias, y ácido fólico para las anemias megaloblásticas y macrocíticas

- Vitaminas prenatales recetadas
- Vitaminas pediátricas que requieren receta (en la medida que lo requiera la ley ACA como cuidado preventivo)
- Tratamiento para hongos de las uñas

Los Gastos Cubiertos bajo el programa de medicamentos con receta no incluyen:

- Drogas, medicinas o medicamentos sin leyenda, con patente o de propiedad que no requieren receta, salvo la insulina (excepto como de otro modo lo estipule este Resumen de la Descripción del Plan), a menos que la droga, medicina o medicamento sea un compuesto de dos o más drogas, medicinas o medicamentos, cuyo compuesto, por ley, tiene que ser recetado.
- Cargos por separado por medicamentos, con o sin leyenda, que se consumen o administran, total o parcialmente, en el lugar donde se surten
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, entre ellos agujas hipodérmicas, jeringuillas prendas de soporte, suministros de ostomía, equipo médico duradero y sustancias no médicas independiente de su uso
- Medicamentos de venta sin receta, a menos que se especifique algo distinto arriba
- Productos sanguíneos o suero sanguíneo
- Medicamentos experimentales
- Medicamentos para el tratamiento del TDAH/la narcolepsia después de cumplir 18 años de edad
- Anoréxicos (ayudas asociadas con la dieta)
- Differin, Tazorac, Fabior, Tretinoin (Retin-A, Retin-A Micro, Avita, Ziana, Atralin) después de cumplir 18 años de edad
- Ayuda para dejar de fumar a menos que califiquen como Servicios Preventivos según la ley ACA
- Anticonceptivos no requeridos como Servicios Preventivos según la ley ACA
- Medicamentos cosméticos, entre ellos medicamentos para la pérdida del cabello, cremas antiarrugas, cremas depiladoras y otros, aunque sean recetados (como Botox Cosmetic y Dysport)
- Hisopillos de alcohol

- Glucosa oral
- Monitores de glucosa en la sangre
- Bombas de insulina
- Suministros para bombas de insulina
- Multivitaminas recetadas
- Sueros antialérgicos
- Suplementos de nutrición, aunque sean recetados
- Suministros de terapia respiratoria, entre ellos espaciadores, flujómetros y pulverizadores
- Agentes para la fertilidad
- Medicamentos biotécnicos/especializados (incluidos productos de la lista de medicamentos especializados de CVSHealth)
- Hormonas de crecimiento
- Analgésicos cutáneos
- Kits de conveniencia (por ejemplo, dos o más productos que se usan por separado)

Límites anuales y vitalicios

El Fondo no impone límites anuales o vitalicios por Beneficios Médicos Esenciales (según se definen en las directrices y los reglamentos publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos).

Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer

Conforme a la ley federal, los planes de salud grupales y los aseguradores médicos que ofrezcan cobertura de seguro médico grupal que incluya beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía deberán incluir los beneficios médicos y quirúrgicos de cirugía reconstructiva de los senos como parte del procedimiento de mastectomía. La cirugía reconstructiva de los senos en relación con una mastectomía deberá proporcionar, como mínimo: (1) la reconstrucción del seno en el cual se realice la mastectomía; (2) la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y (3) las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfoedemas; de la manera que determinen en consulta con el médico a cargo y la paciente. Como parte del Programa

de Beneficios del Plan, dichos beneficios están sujetos a las disposiciones de control de costos correspondientes del Plan, tales como deducibles y coaseguro.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud grupales y las compañías aseguradoras por lo general no pueden, conforme a las leyes federales, restringir la duración de ninguna estancia en el hospital debida a un parto, ni de la madre ni del recién nacido, a menos de 48 horas en el caso de un parto vaginal, o a menos de 96 horas en el caso de una cesárea. No obstante, las leyes federales por lo general no prohíben que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, los dé de alta a ella o al recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, los planes y las aseguradoras no pueden, conforme a las leyes federales, exigir que un proveedor obtenga la autorización del Plan o del asegurador para recetar una estancia que no exceda de 48 horas (o 96 horas). No obstante, para usar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus Gastos No Reembolsables, es posible que se le requiera obtener una certificación previa. Para obtener más información sobre la certificación previa, comuníquese con American Health Holding, Inc. al 1-800-641-5566.

Beneficios de Medicare para Empleados que trabajan activamente

El Fondo sirve de pagador principal de los beneficios de Empleados que trabajan activamente y sus Cónyuges de 65 años de edad y mayores. La cobertura de Medicare, si está disponible, por lo general será la secundaria. Eso significa que sus beneficios se pagarán primero bajo este Fondo. Si hay otros gastos médicos que no los paga el Fondo, Medicare podría reembolsárselos si dichos gastos están cubiertos por Medicare. Para obtener reembolso de Medicare, debe inscribirse en Medicare. Además, para obtener cobertura bajo la Parte B de Medicare, primero tiene que inscribirse y pagar una prima mensual. Comuníquese con su oficina local de la Administración del Seguro Social para obtener información sobre los procedimientos de inscripción. Se anima a los Empleados y sus Cónyuges a inscribirse en Medicare para que esa cobertura esté disponible cuando sea necesaria. Tome nota de que si no se inscribe en la Parte B de Medicare cuando primero adquiere la elegibilidad, **podría quedar sujeto a una multa por inscripción tardía** por cada año que no se inscriba en la Parte B de Medicare y podría tener que esperar para inscribirse. Típicamente, esa multa constituye 10% por cada año que no se haya inscrito en la Parte B de Medicare. Pagará una prima más alta debido a esta multa todo el tiempo que tenga la Parte B de Medicare. Las multas también aplican si usted no fue inscrito automáticamente o se inscribió durante su período inicial de inscripción en la Parte A de Medicare.

Medicare es complejo y este es solo un breve resumen. No debe y no puede confiar solo en este resumen. En lugar de ello, debe visitar <https://www.medicare.gov> para garantizar que se inscriba a tiempo en todos los programas de Medicare, en particular si va a cumplir 65 años de edad en los próximos años, se discapacita o tiene enfermedad renal en las últimas etapas. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY al 1-877-486-2048.

Ley de No Discriminación por Información Genética

La Ley de No Discriminación por Información Genética [Genetic Information Nondiscrimination Act] de 2008 prohíbe que el Plan use la información genética de los Empleados y los miembros de su familia para decidir sobre la elegibilidad y las aportaciones a los beneficios del plan médico grupal. Además, el Plan no puede usar información genética para fines de suscripción.

SECCIÓN 7

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DEL PLAN

No hay beneficios disponibles bajo este Plan por los cargos enumerados a continuación, y el monto de dichos cargos no será incluido cuando el Plan calcule la porción de los gastos de la Persona Cubierta que pagará.

- (1) Los cargos que no se requeriría que una Persona Cubierta pagara si no fuera una persona cubierta;
- (2) Los cargos por servicios o suministros que se proporcionen, paguen o de otro modo se provean por motivo de servicio pasado o presente en las fuerzas armadas de un gobierno, salvo en la medida que lo prohíba la ley;
- (3) Los cargos por servicios o suministros pagados por una agencia o programa del gobierno, a menos que lo exija la ley;
- (4) Los cargos por servicios o suministros recibidos como resultado de un acto bélico ocurrido mientras estaba cubierto;
- (5) Los cargos por servicios y suministros que no son Médicamente Necesarios para el tratamiento de la Lesión o Enfermedad;
- (6) Los cargos que no hayan sido recomendados y aprobados por el Médico de la Persona Cubierta;
- (7) Cargos incurridos en conexión con una Lesión o Enfermedad ocupacional, entre ellos: (a) una lesión resultante de o sufrida durante el desempeño de cualquier empleo remunerado o (b) una enfermedad cubierta respecto de tal empleo por cualquier Ley de Compensación a Trabajadores, ley de enfermedades ocupacionales o leyes similares.
- (8) Los cargos en exceso de los Costos Usuales, Acostumbrados y Razonables;
- (9) Los cargos por servicios de un Médico en conexión con refacciones oculares o problemas de audición, o cualquier otro examen para determinar la necesidad o el debido ajuste de anteojos o audífonos;
- (10) Los cargos de ajuste o compra de audífonos;
- (11) Los cargos por radiografías tomadas sin película.

- (12) Los cargos por el tratamiento de enfermedad periodontal o periausal, o bien cualquier afección que implique los dientes, tejidos o estructuras adyacentes, salvo según se describe aquí para el tratamiento dental por accidente;
- (13) Cargos por trabajo dental, radiografías y/o tratamientos dentales, salvo según se describe aquí para el tratamiento dental por accidente;
- (14) Los cargos por el tratamiento de: (a) pies débiles, cansados, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, salvo cirugías de corte abierto; y (b) callos, callosidades o uñas de los pies, salvo la remoción de las raíces de las uñas y el cuidado recetado por un M.D. o D.O. que trata enfermedades metabólicas o vasculares periféricas;
- (15) Los cargos por servicios de enfermería, terapia del habla o fisioterapia prestados por usted mismo, su Cónyuge o un Hijo, hermano, hermana, padre o madre suyo o de su Cónyuge.
- (16) Los cargos por servicios o suministros brindados por alguien que ordinariamente reside en el hogar del paciente o está relacionado con el paciente por consanguinidad o matrimonio;
- (17) Los cargos en que se incurra por lesiones autoinfligidas, a menos que dichas lesiones se hayan infligido a causa de un estado médico o debido a un acto de violencia doméstica;
- (18) Cargos incurridos por servicios en conexión con el embarazo, nacimiento, aborto espontáneo, aborto provocado o evento relacionado por un Dependiente que no sea el Cónyuge, salvo en la medida que estén cubiertos como Servicios Preventivos por la ley ACA;
- (19) Los cargos de un hospital o médico que no cumplan con la definición de Hospital o Médico que se describe en este manual;
- (20) Los cargos cobrados por un sanatorio, una clínica de reposo, un hogar de ancianos o cualquier institución o parte de la misma que se use principalmente como instalación de convalecencia, el cuidado de enfermería, reposo o para ancianos;
- (21) Los cargos por Cuidado de Custodia o cuidado a domicilio independientemente de la instalación donde se brinden;
- (22) Los cargos de transporte o viaje, salvo el uso de un servicio de ambulancia local (y según los límites del mismo);
- (23) Los cargos de cirugía o tratamiento cosméticos, salvo cuando son necesarios por una lesión física accidental o un defecto o desfiguración congénitos, o bien desfiguración relacionada con una enfermedad, o en la medida que lo requiera la ley;

- (24) Los cargos por servicios de cuidado de la vista, salvo según lo requiera la Ley de Cuidado de Salud Asequible como Servicios Preventivos pediátricos;
- (25) Los cargos incurridos en conexión con el tratamiento de reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria, como una vasectomía;
- (26) Los cargos incurridos en conexión con la cirugía de cambio de género o cualquier atención o servicios asociados con ese tipo de operación;
- (27) Los cargos por servicios o suministros médicos usados principalmente para el control de la dieta (a menos que estén cubiertos como Servicios Preventivos);
- (28) La compra o el alquiler de acondicionadores de aire, humidificadores, deshumidificadores, vaporizadores o dispositivos similares;
- (29) Alimentos o suplementos alimentarios;
- (30) Los cargos por servicios o suministros experimentales de investigación, entre ellos:
- Cualquier tratamiento, medicamento o suministro que no sea generalmente reconocido como práctica médica aceptable en los Estados Unidos;
 - Cualquier artículo que requiera aprobación del gobierno que no haya sido otorgada el momento de prestarse los servicios;
 - Cualquier servicio o suministro que esté disponible solo con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional (según lo requieren las leyes estatales, entre ellas las que requieren que se complete un formulario de Consentimiento Informado para Experimentar en Sujetos Humanos), según lo exigen los reglamentos federales;
 - Cualquier tratamiento que implique medicamentos que no están aprobados por la FDA, entre ellos combinaciones de dosis, y usos no aprobados;
 - Cualquier medicamento o dispositivo para el cual una solicitud de investigación haya sido presentada ante la FDA;
 - Cualquier servicio o suministro que tenga protocolos o documentos de consentimiento que lo describen como una alternativa a otras terapias más convencionales; y/o
 - Cualquier tratamiento que solo esté disponible a través de la participación en un ensayo clínico, a menos que:
 - La Persona Cubierta sea elegible, conforme a un protocolo de ensayo, para participar en un ensayo clínico aprobado para el tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección que amenace la vida que probablemente

resultaría en la muerte a menos que la enfermedad o afección se interrumpan, y:

- el proveedor de atención médica que refiere es un proveedor participante y ha concluido que la participación de la Persona Cubierta en el ensayo clínico es adecuada; o
- la Persona Cubierta provea información médica y científica que establezca que la participación de la persona en el ensayo clínico sería adecuada;
- El ensayo clínico es un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en conexión con la prevención, detección o tratamiento de cáncer u otra enfermedad u afección potencialmente mortal y está financiado a través de una variedad de entidades o departamentos del gobierno federal; se realiza en conexión con una solicitud de medicamento nuevo bajo investigación revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o está exento de los requisitos de solicitud de medicamento nuevo bajo investigación;
- Los costos son costos de rutina del paciente que el Plan típicamente proporciona a las Personas Cubiertas que no están inscritas en un ensayo clínico, pero no incluyen: (a) el artículo, dispositivo o servicio mismo bajo investigación; (b) artículos y servicios no incluidos en la administración clínica directa de la Persona Cubierta, sino suministrados en conexión con la recolección y el análisis de datos; o (c) un servicio no congruente con estándares de cuidado aceptados y establecidos ampliamente para el diagnóstico en particular; y
- La Ley de Cuidado de Salud Asequible exige que el Plan pague el costo;

- (31) Los cargos por vitaminas, minerales, suplementos alimentarios, medicamentos alimentarios, medicamentos de venta libre que se pueden comprar legalmente sin receta, aunque los recete un médico, a menos que se cubran como Servicios Preventivos;
- (32) Medicamentos cuyo propósito principal es de naturaleza cosmética, medicamentos de fecundidad, sueros o vacunas y medicamentos para promover el crecimiento del cabello, a menos que se cubran como Servicios Preventivos;
- (33) Los cargos resultantes de lesiones, incluso entre otras, por accidentes automovilísticos que hayan sido causados por el consumo de alcohol hasta exceder del límite legal de nivel de alcohol en la sangre en la jurisdicción donde haya ocurrido la lesión, por el uso de sustancias ilegales (según lo definen las leyes federales o estatales) o bien el uso de medicamentos recetados de manera distinta a las indicaciones del proveedor de atención médica por parte de la Persona Cubierta;

- (34) Los cargos resultantes de lesiones que hayan sido causadas por el uso de un teléfono celular o algún otro dispositivo telefónico o electrónico por parte de la Persona Cubierta mientras operaba un vehículo de motor, si el uso de dicho dispositivo, o la manera de usarlo, era ilegal mientras operaba el vehículo;
- (35) Los cargos por no presentarse a una cita programada o por llenar algún formulario;
- (36) Los cargos por cualquier enfermedad o lesión ocasionadas por un acto de guerra, o si el Secretario de Asuntos de Veteranos determina que ocurrieron o empeoraron durante el cumplimiento del servicio en los servicios uniformados; y
- (37) Los cargos por servicios no prestados o por un monto que excede del monto facturado.

SECCIÓN 8

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Formularios de Inscripción

Cada Participante elegible debe completar y presentar ante la Oficina del Fondo un Formulario de Inscripción que se puede obtener del Agente Comercial del Sindicato Local o de la Oficina del Fondo. Las reclamaciones no se pueden procesar hasta que el Formulario de Inscripción sea presentado ante la Oficina del Fondo. Si desea agregar un Dependiente debe presentar pruebas documentadas satisfactorias de la condición de dependiente.

Notifique a la Oficina del Fondo sobre cambios importantes

Después de que un Participante pasa a ser elegible para recibir beneficios, él o ella debe notificarle a la Oficina del Fondo sobre cualquiera de los siguientes cambios:

- (1) Cambios de estado civil (se requiere prueba);
- (2) Los nombres y las fechas de nacimiento de hijos recién nacidos (se requiere prueba);
- (3) Cambio de su dirección o de la dirección de su Cónyuge y/o sus Hijos.

Para notificar a la Oficina del Fondo, complete y presente un formulario de inscripción nuevo.

Presentación de reclamaciones

El Plan solo cubre las recetas compradas en farmacias de la red de CVSHealth (excepto bajo la circunstancia poco usual de que una receta exigida por el requisito de Servicios Preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible no esté disponible en la red de CVSHealth, en cuyo caso el Plan cubrirá la receta fuera de la red). Cuando usted obtiene una receta de una farmacia dentro de la red de CVS Health, la farmacia presenta la reclamación directamente ante CVSHealth.

No obstante, todos los Participantes y Dependientes que soliciten beneficios médicos o por discapacidad bajo el Plan deben presentar una reclamación de beneficios por escrito ante el Administrador Externo en la Oficina del Fondo. En la mayoría de los casos, las reclamaciones dentro de la red serán presentadas electrónicamente por su proveedor. La Junta Directiva pondrá a su disposición formularios estipulados para presentar solicitudes de reclamación en la Oficina del Fondo y, cuando sea posible, en la oficina del Sindicato Local.

Pasos a tomar

- (1) Obtenga su formulario de reclamación de la Oficina del Fondo o de la Oficina del Sindicato Local.
- (2) Haga que el Hospital o el Médico llenen el formulario.
- (3) Adjunte al formulario de reclamación todos los recibos y facturas.
- (4) Complete el lado que le corresponde a usted del Formulario de Declaración del Médico a Cargo que pide información sobre usted. El Participante debe firmar el formulario.
- (5) Envíe el formulario por correo a la Oficina del Fondo:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Llenar el formulario o la solicitud de reclamación estipulados se considerará la manera normal de solicitar beneficios. No obstante, cualquier forma de reclamación de beneficios por escrito que se presente ante la Oficina del Fondo y se calcule razonablemente que provee la información necesaria requerida para que la Oficina del Fondo determine la elegibilidad del solicitante para recibir beneficios cumplirá con los requisitos de presentación de una reclamación por escrito.

Plazo límite para presentar una reclamación: *un año*

Para que una reclamación se tome en cuenta, debe ser recibida en la Oficina del Fondo dentro de un plazo de un año de la fecha en que se brindó el servicio o se recibió el bien. El no presentar una reclamación dentro de este plazo de un año constituirá una renuncia absoluta a la reclamación en cuestión y será motivo de denegación de la reclamación (a menos que la Persona Cubierta quede incapacitada durante este período, en cuyo caso los Síndicos podrán conceder tiempo adicional para presentar la reclamación).

Procesamiento de reclamaciones y apelaciones por medicamentos con receta

El Plan solo cubre las recetas compradas en farmacias de la red de CVSHealth a menos que una receta exigida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible no esté disponible en la red de CVSHealth (lo que es raro). Cuando usted obtiene una receta de una farmacia dentro de la red de CVS Health, la farmacia presenta su reclamación directamente ante CVSHealth. CVSHealth es el administrador de todas las reclamaciones y apelaciones relacionadas con medicamentos con receta. Si CVSHealth rechaza su reclamación, puede presentar una apelación ante CVSHealth, quien tiene la autoridad final de tomar una decisión sobre su apelación. La Junta

Directiva ha asignado la autoridad para tomar decisiones a CVSHealth y no considera las apelaciones sobre medicamentos con receta.

Comuníquese con CVSHealth para obtener más información sobre su proceso de reclamaciones y apelaciones

Procesamiento de reclamaciones médicas

Este procedimiento aplica únicamente a reclamaciones presentadas para recibir beneficios médicos. Además, aplica a cualquier anulación (según lo define la Ley de Cuidado de Salud Asequible (“ACA”, por sus siglas en inglés) y directrices bajo la misma) de cobertura médica o de medicamentos con receta que no se pueda atribuir a la falta de pago oportuno de las primas requeridas por el costo de la cobertura. Se le dará un aviso por escrito con 30 días de anticipación de cualquier anulación.

Si necesita ayuda con su reclamación, apelación o reclamación denegada, o con el proceso de revisión externa, se puede comunicar con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o con cualquier oficina correspondiente de ayuda o representante del consumidor de seguros médicos conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública.

Todas las reclamaciones y apelaciones de beneficios médicos serán decididas de tal manera que se mantenga la independencia e imparcialidad de todos aquellos implicados en la toma de una decisión de beneficios. Las decisiones relacionadas con la contratación, la compensación, el despido, el ascenso, los incentivos y otros asuntos similares relacionados con alguna persona u organización que tome decisiones sobre reclamaciones en un proceso de apelaciones (como un adjudicador de reclamaciones, experto médico u Organización de Revisión Independiente) no se tomarán sobre la base de la probabilidad de que la persona u organización apoye la denegación de los beneficios.

En casos en los que el Departamento del Trabajo haya indicado que hay una fecha límite de cumplimiento prorrogada para un requisito particular de la ley ACA descrito en esta sección, el Administrador del Plan o su representante (el “Administrador de Reclamaciones”) podrá retrasar la implementación de la disposición particular prorrogada hasta la fecha límite de cumplimiento.

El Administrador Externo examinará todas las reclamaciones de beneficios presentadas por escrito ante la Oficina del Fondo. El Administrador Externo tendrá el derecho de requerir la presentación de toda la información necesaria, además de la presentada con la solicitud de reclamación. No se efectuarán pagos de beneficios bajo el Plan hasta que se presente una solicitud o reclamación por escrito ante la Oficina del Fondo y toda la información adicional requerida por el Administrador Externo para sustanciar la reclamación haya sido presentada. El Plan seguirá brindando cobertura mientras está pendiente el resultado de una apelación, en la medida que lo requiera la ley ACA, de conformidad con los requisitos de la Sección 2560.503-1(f)(2)(ii) del Título 29 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), que generalmente estipula que los beneficios de un tratamiento en curso no se pueden reducir o eliminar

sin proveer aviso por escrito por adelantado y una oportunidad de revisión por adelantado.

Un Participante o Dependiente puede presentar una reclamación conforme a este procedimiento por medio de un abogado u otro representante autorizado que se desempeñe en nombre del Participante o Dependiente.

Los siguientes términos se definen para fines de este apartado:

Reclamación posterior al servicio significa cualquier reclamación de beneficios que no es una Reclamación Previa al Servicio según se define a continuación.

Reclamación previa al servicio significa cualquier reclamación de beneficios respecto de la cual los términos del Plan imponen la condición para recibir dichos beneficios, total o parcialmente, de que se apruebe el beneficio antes de obtener la atención médica (p. ej., cuando el Plan requiere una certificación previa para que se cubra un servicio).

Reclamación por atención urgente significa una reclamación de atención o tratamiento médico respecto de la cual la aplicación de los plazos para hacer determinaciones sobre atención no urgente:

- podría poner en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o su habilidad de recuperar la función máxima, o
- en la opinión de un médico que conozca el estado médico del Reclamante, lo expondría a un dolor grave que no se puede controlar debidamente sin la atención o el tratamiento que son el objeto de la reclamación.

La determinación de si una reclamación implica Atención Urgente la tomará una persona desempeñándose en nombre del Plan y aplicando el juicio de una persona prudente con conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, excepto que una reclamación se considerará automáticamente como Atención Urgente si un médico que conoce el estado médico del Reclamante determina que la reclamación implica Atención Urgente.

Este proceso de reclamaciones aplica al plan médico descrito en este Resumen de la Descripción del Plan. Administrador de Reclamaciones significa la persona o entidad responsable de tomar las determinaciones relevantes bajo el Plan. Unidad de Apelación significa el grupo o las personas empleadas por el Administrador de Reclamaciones asignadas a revisar las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios. Este procedimiento de reclamaciones y apelaciones no aplica en el caso de beneficios de medicamentos con receta. El Administrador de Reclamaciones y apelaciones relacionadas con beneficios de medicamentos con receta es el administrador del beneficio de farmacia y proveedor de la red, CVSHealth.

Si se le niega su reclamación de beneficios del Plan, total o parcialmente, se le notificará dentro de un plazo razonable, pero a más tardar en los plazos siguientes:

- *Reclamaciones posteriores al servicio:* El Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante su determinación respecto de los beneficios en un plazo razonable después de recibir la reclamación, pero a más tardar 30 días después de haber recibido la reclamación. Este plazo se puede prorrogar hasta por 15 días, siempre y cuando el Administrador de Reclamaciones determine tanto que tal prórroga es necesaria por motivos fuera del control del Plan y le notifique por escrito al Reclamante, antes de transcurrido el plazo inicial de 30 días, de las circunstancias que requieren la prórroga y cuándo el Administrador del Plan prevé que tomará una decisión sobre la reclamación. Si el período inicial de 30 días se prorroga debido a que el Reclamante no suministró la información necesaria para tomar una decisión de reclamación, la notificación por escrito estipulará la información específica que se necesita y el Reclamante tendrá al menos 45 días para suministrar la información solicitada. En ese caso, el plazo del Plan para tomar una determinación de beneficios se suspende desde la fecha que el Administrador del Plan le envíe al Reclamante el aviso de prórroga, hasta la fecha en que el Reclamante responda a la solicitud de información adicional, o bien el plazo de respuesta del Reclamante venza. Si el Reclamante provee información adicional en respuesta a tal solicitud, se tomará una decisión dentro de un plazo de 15 días de cuando el Plan haya recibido la información.
- *Reclamaciones previas al servicio:* El Administrador del Plan le notificará al Reclamante sobre su determinación de beneficios (independientemente de que sea o no sea adversa) dentro de un plazo razonable y apropiado según las circunstancias médicas, pero a más tardar 15 días después de recibir la reclamación. Este período se puede extender hasta por 15 días, siempre y cuando el Administrador de Reclamaciones determine tanto que tal prórroga es necesaria por motivos fuera del control del Plan y le notifique por escrito al Reclamante, antes de transcurrido el período inicial de 15 días, de las circunstancias que requieren la prórroga adicional y la fecha en la cual el Administrador de Reclamaciones prevé que tomará una decisión respecto de la reclamación. Si el período inicial de 15 días se prorroga debido a que el Reclamante no suministró la información necesaria para tomar una decisión de reclamación, la notificación por escrito estipulará la información específica que se necesita y el Reclamante tendrá al menos 45 días para suministrar la información solicitada. En ese caso, el plazo del Plan para tomar una determinación de beneficios se suspende desde la fecha que el Administrador del Plan le envíe al Reclamante el aviso de prórroga, hasta la fecha en que el Reclamante responda la solicitud de información adicional, o bien el plazo de respuesta del Reclamante venza. Si el Reclamante provee información adicional en respuesta a tal solicitud, se tomará una decisión dentro de un plazo de 15 días de cuando el Administrador de Reclamaciones haya recibido la información. En caso que el Reclamante no siga los procedimientos pertinentes del Plan al presentar la reclamación, se le notificará al Reclamante dentro de un plazo de cinco días después de que el Administrador de Reclamaciones reciba la reclamación inicialmente de manera que el Reclamante pueda hacer los ajustes necesarios.

- *Reclamaciones de Atención Urgente:* El Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante de su determinación de beneficios (sea o no sea adversa) tan pronto como sea razonablemente posible y tomando en cuenta las circunstancias médicas correspondientes. El Administrador de Reclamaciones siempre responderá a una Reclamación de Atención Urgente tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar a las 72 de haber recibido la reclamación. El Plan deferirá al proveedor a cargo respecto de la decisión de si una reclamación constituye una Reclamación de Atención Urgente, a menos que el Reclamante no presente la información necesaria para tomar una decisión sobre la reclamación. En tal situación, se le informará al Reclamante, dentro de un plazo de 24 horas de haber presentado la reclamación, sobre la información específica necesaria para completar la reclamación. La notificación podrá ser verbal a menos que el Reclamante pida que sea por escrito. El Reclamante tendrá al menos 48 horas para suministrar la información solicitada. El Administrador del Plan le notificará al Reclamante sobre la determinación de beneficios a más tardar 48 horas después de lo que suceda primero entre el recibo de la información solicitada por parte del Administrador de Reclamaciones o la conclusión del período que se le otorgó al Reclamante para proveer la información adicional. En caso que el Reclamante no siga los procedimientos pertinentes del Plan al presentar la reclamación, se le notificará al Reclamante dentro de un plazo de 24 horas después de que el Administrador de Reclamaciones reciba la reclamación inicialmente, de manera que el Reclamante pueda hacer los ajustes necesarios. A fin de acelerar una Reclamación de Atención Urgente, inicialmente, al Reclamante se le podría notificar verbalmente de una decisión adversa sobre una reclamación; pero, dentro de un plazo de tres días le seguirá una notificación por escrito con la información detallada a continuación.
- *Decisiones sobre atención concurrente:* En ciertas situaciones, el Plan podrá aprobar un curso de tratamiento continuo. Por ejemplo, tratamiento proporcionado dentro de un plazo determinado, o la aprobación de cierto número de tratamientos. Si el Plan reduce o cancela el curso de tratamiento antes de que esté completo, salvo en el caso que el Plan se enmiende o elimine totalmente, ello constituirá una decisión adversa sobre beneficios. El Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante de esta decisión adversa sobre beneficios con tiempo suficiente para permitirle al Reclamante apelar la decisión y obtener una determinación tras una revisión antes de que el beneficio se reduzca o elimine. Si el Reclamante solicita que se prolongue el curso de tratamiento y la reclamación implica una situación de Atención Urgente, el Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante sobre la determinación de la reclamación (independientemente de que sea o no sea adversa) tan pronto como sea posible; pero, en ningún caso, más de 24 horas después de que el Reclamante solicite una prolongación, siempre y cuando el Reclamante presente dicha reclamación a más tardar 24 horas antes de caducar el período de tratamiento inicial.

Aviso de determinación adversa sobre una reclamación

Si la reclamación se deniega total o parcialmente, el Administrador de Reclamaciones le proveerá al Reclamante, dentro del plazo relevante descrito anteriormente, un aviso por escrito sobre la denegación. El aviso deberá estar redactado de una manera cultural y lingüísticamente adecuada (según lo definen los reglamentos aplicables) de tal manera que sea comprensible para el Reclamante, y deberá incluir:

- La razón o las razones específicas de la denegación;
- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y, si corresponde, el monto de la reclamación;
- Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las que se basó la determinación;
- Una descripción de cualesquier materiales o información adicionales necesarios para que el Reclamante perfeccione una reclamación, y una explicación de por qué tal información es necesaria;
- Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, si lo solicita y tan pronto como sea posible, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente (el Plan no considerará que la solicitud de tal información de diagnóstico y tratamiento, de por sí, constituye una solicitud de apelación interna o revisión externa);
- Una declaración en el sentido de que el Reclamante tiene derecho a recibir, a su solicitud y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, registros y demás información relacionados con la reclamación de beneficios, y copias de los mismos;
- Una descripción de los procedimientos de apelación interna del Plan, del proceso de revisión externa correspondiente, información sobre cómo presentar una reclamación y los plazos límite, incluido el derecho de entablar una acción legal civil conforme a la ley ERISA si se sigue denegando la reclamación tras revisión;
- Si la determinación se basó en alguna regla, directriz, protocolo o criterio internos, una explicación de que se confió en tal regla, directriz, protocolo o criterio para hacer la denegación, junto con una copia de la regla, directriz, protocolo o criterio específicos, o bien una declaración de que se le proporcionará al Reclamante dicha copia gratuitamente si así lo solicita;
- Si la determinación se basa en una exclusión por necesidad médica o tratamiento experimental, o en una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del juicio científico o clínico de la determinación,

- aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas particulares, o una declaración de que se proporcionará gratuitamente si así lo solicita;
- La identificación de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la determinación de beneficios, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para hacer la determinación de beneficios;
 - El código de denegación y su significado correspondiente (si corresponde), así como una descripción de la norma del Plan, de haberla, que se usó para denegar la reclamación;

- La información de contacto de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, cualquier oficina correspondiente de ayuda o representante del consumidor de seguros médicos conforme a la Ley de Servicio de Salud Pública;
- En el caso de una determinación adversa que implique Atención Urgente, una descripción del proceso de revisión acelerado disponible para tales reclamaciones.

Presentación de apelaciones médicas

Todo Reclamante cuya solicitud de beneficios haya sido denegada total o parcialmente tendrá la oportunidad de apelar la denegación ante la Junta Directiva. Una apelación puede ser presentada por un representante debidamente autorizado que actúe en nombre del Reclamante.

En el caso que el Reclamante desee aprovechar la oportunidad de apelar, se le requerirá que presente una solicitud por escrito de revisión ante la Junta Directiva en la Oficina del Fondo.

Plazo límite para presentar una apelación (que no sea por una Reclamación de Atención Urgente) 180 días

Si la reclamación se deniega total o parcialmente el Reclamante puede apelar por escrito la reclamación denegada ante la Junta Directiva dentro de un plazo de 180 días de recibir el aviso por escrito sobre la denegación. El Reclamante puede presentar comentarios por escrito, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con su reclamación junto con esta apelación. Si lo solicita, el Reclamante también tendrá, gratuitamente, acceso y el derecho de obtener copias de todos los documentos, registros e información relevantes a su reclamación. El Reclamante tiene el derecho de revisar el expediente de la reclamación del Plan y presentar pruebas y testimonio para apoyar su reclamación.

La solicitud de revisión por escrito (o sea, la apelación) debe ser recibida por la Junta Directiva a más tardar 180 días después de que el Participante o Dependiente reciban la notificación de denegación de una reclamación de la Oficina del Fondo. Una solicitud

de revisión se considerará recibida por la Junta Directiva en el momento en que la Oficina del Fondo en efecto la reciba.

El no solicitar por escrito una revisión de la denegación de una reclamación dentro del plazo de 180 días anteriores constituirá una renuncia a la revisión adicional de la reclamación en cuestión y una denegación de la reclamación será vinculante y final para toda cuestión de hecho y de derecho.

Revisión de la apelación por la Junta Directiva

La Junta Directiva considerará todas las apelaciones de denegaciones de reclamaciones presentadas oportunamente. En su solicitud de revisión por escrito, un Participante o Dependiente deberá presentar por escrito todo asunto, comentario, argumento y demás pruebas en apoyo de la apelación. La Junta Directiva no habrá estado implicada en la determinación de beneficios inicial ni será subordinada a la persona que tomó la determinación inicial. Esta revisión no dará preferencia a la determinación inicial de la reclamación. Si la decisión adversa inicial se basó total o parcialmente en un juicio médico, la Junta Directiva consultará a un proveedor de atención médica que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina relevante, y que no haya sido consultado en la determinación adversa de beneficios inicial y no esté subordinado al profesional de atención médica que fue consultado por la determinación adversa de beneficios inicial. Si un profesional de atención médica es contactado en conexión con la apelación, el Reclamante tendrá el derecho de conocer la identidad de dicha persona.

A su discreción, la Junta puede realizar una audiencia informal sobre la apelación. En esas audiencias, no aplicarán las reglas formales de evidencia. Si la Junta decide llevar a cabo una audiencia, le proveerá al Participante o Dependiente un aviso de la hora y el lugar de la audiencia. Tal aviso también le informará al Participante o Dependiente de los asuntos específicos que se determinarán en la audiencia y la base sobre la cual se fundamentarán los hallazgos y se tomará una decisión. La Junta Directiva hará su determinación respecto de la apelación tras examinar las pruebas presentadas por el Participante o Dependiente apelante. La decisión de la Junta Directiva será final y vinculante para todas las partes.

Si la situación implica una Reclamación de Atención Urgente, el Reclamante puede solicitar un proceso de revisión acelerada en el cual el Reclamante puede presentar la apelación verbalmente o por escrito, y toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios tras revisión de la Junta Directiva, le será comunicada al Reclamante por teléfono, fax u otro método similarmente expedito.

El plazo de respuesta de la Junta Directiva se basa en la reclamación de beneficios subyacente:

- *Reclamaciones posteriores al servicio:* la próxima reunión de la Junta. No obstante, en el caso de apelaciones presentadas en el plazo de 30 días antes de la reunión, se tomará una determinación en la segunda reunión siguiente a la recepción de la apelación. Si hay circunstancias especiales que requieren una

prórroga adicional de tiempo, se hará una determinación en la tercera reunión después de recibir la solicitud de revisión.

- *Reclamaciones previas al servicio*: dentro de un plazo razonable y adecuado para las circunstancias médicas, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud de apelación.
- *Reclamaciones de Atención Urgente*: tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de apelación del Reclamante.

Notificación de la decisión sobre la apelación

Si le niegan total o parcialmente su reclamación tras su apelación, el Reclamante recibirá una notificación por escrito sobre la denegación. Las notificaciones deberán ser escritas de tal manera que sean comprensibles para el Reclamante, y deberán incluir:

- La razón o las razones específicas de la denegación;
- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y, si corresponde, el monto de la reclamación;
- Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las que se basó la determinación;
- Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, si lo solicita, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente;
- Una declaración en el sentido de que el Reclamante tiene derecho a recibir, a su solicitud y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, registros y demás información relacionados con la reclamación de beneficios, y copias de los mismos;
- Una descripción de los procesos de revisión voluntaria, apelaciones internas y el proceso de revisión externa, incluida información sobre cómo iniciar una apelación y los plazos límite correspondientes;
- Si la determinación se basó en alguna regla, directriz, protocolo o criterio internos, una explicación de que se confió en tal regla, directriz, protocolo o criterio para hacer la denegación, junto con una copia de la regla, directriz, protocolo o criterio específicos, o bien una declaración de que se le proporcionará al Reclamante dicha copia gratuitamente si así lo solicita.
- Si la determinación se basa en una exclusión por necesidad médica o tratamiento experimental, o en una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, aplicando los

términos del Plan a las circunstancias médicas particulares, o una declaración de que se proporcionará gratuitamente si así lo solicita.

- La identificación de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la determinación de beneficios, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para hacer la determinación de beneficios;
- Una declaración que describa las opciones alternativas de resolución de disputas que pudieran estar disponibles si se comunica con el Departamento del Trabajo de EE. UU., así como el derecho de entablar una acción legal civil conforme a la ley ERISA.

Revisión externa

Hay dos tipos distintos de revisión externa disponibles para reclamaciones médicas: estándar y acelerada.

Solicitudes de revisión externa estándar

Un Reclamante puede presentar una solicitud de revisión externa dentro de un plazo de cuatro meses de la fecha de haber recibido un aviso de determinación adversa sobre los beneficios o la determinación interna adversa final sobre los beneficios. Si no hay fecha exacta correspondiente cuatro meses después de la fecha de haber recibido tal aviso, entonces la solicitud debe ser presentada el primer día del quinto mes siguiente a la recepción del aviso. Por ejemplo, si la fecha de recepción del aviso es el 30 de octubre, como no hay un 30 de febrero, la solicitud se debe presentar el 1 de marzo. Si la última fecha de presentación cae sábado, domingo o en un día feriado federal, la última fecha de presentación se prorroga hasta el día siguiente que no sea sábado, domingo o día feriado federal. La revisión externa está disponible solamente en casos de:

- Rescisión de la cobertura, independientemente de que la rescisión afecte algún beneficio particular en esa fecha; y
- Juicios médicos (excluyendo aquellos que implican solo interpretaciones de contratos o legales sin uso de ningún juicio médico), según lo determine el revisor externo.

Una determinación adversa sobre los beneficios que implica juicio médico incluye, entre otros elementos, una determinación adversa sobre los beneficios que se basa en los requisitos de necesidad médica del Plan, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de cuidado o eficacia de un beneficio cubierto, o bien la determinación del Plan de que un tratamiento es de carácter experimental o bajo investigación. Ejemplos adicionales de situaciones en las que se considera que una reclamación implica juicio médico incluye determinaciones adversas sobre los beneficios que se basan en:

- El entorno de atención médica apropiado para proveerle atención médica a una persona (como cuidado como paciente ambulatorio en comparación con como paciente hospitalizado, o cuidado en el hogar en comparación con una instalación de rehabilitación);
- Si el tratamiento de un especialista es médicaamente necesario o adecuado (según las normas del Plan sobre necesidad o idoneidad médica);
- Si el tratamiento implicó “cuidado de emergencia” o “cuidado urgente” que afectó la cobertura o el nivel de coaseguro;
- La exclusión general de algún artículo o servicio por parte del Plan, si el Plan cubre el artículo o servicio bajo ciertas circunstancias sobre la base de una afección médica;
- Si un Participante o beneficiario tiene derecho a un estándar alternativo razonable de recompensa bajo el programa de bienestar del Plan, de haberlo;
- La frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno de un servicio preventivo recomendado, en la medida que no se especifique en las recomendaciones o directrices de la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los EE. UU. [U.S. Preventive Services Task Force], el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades [Advisory Committee on Immunization Practices] de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention] o la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration] (según se describe en la Sección 2713 de la ley PHS y sus reglamentos de implementación); y
- Si el Plan cumple con las disposiciones de limitación de tratamientos no cuantitativos de la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción [Mental Health Parity and Addiction Equity Act] y sus reglamentos de implementación que por lo general requieren, entre otras cosas, igualdad en la aplicación de técnicas de administración médica.

Revisión preliminar de una revisión externa estándar

Dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles después de la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el Administrador de Reclamaciones revisará la solicitud para determinar si:

- El Reclamante está o estaba cubierto bajo el Plan cuando el artículo o servicio médico fue solicitado o, en el caso de una revisión retrospectiva, estaba cubierto bajo el Plan cuando se suministró el artículo o servicio médico;
- La determinación adversa sobre los beneficios o la determinación adversa final sobre los beneficios no se relaciona con que el Reclamante no haya cumplido

los requisitos de elegibilidad para participar conforme a los términos del Plan (las reclamaciones de elegibilidad no están sujetas a una revisión externa);

- El Reclamante ha agotado los recursos de apelación internos del Plan, a menos que no se requiera que el Reclamante agote el proceso de apelación interna final; y
- El Reclamante ha suministrado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

Dentro de un (1) día hábil después de completar la revisión preliminar, el Administrador de Reclamaciones le dará una notificación por escrito al Reclamante. Si la solicitud está completa pero no es elegible para revisión externa, la notificación incluirá los motivos de su falta de elegibilidad y la información de contacto gratuita (si está disponible) de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados. Si la solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud. El Plan permitirá que un Reclamante perfeccione la solicitud de revisión externa a más tardar en el plazo posterior entre: (a) el período de presentación de cuatro meses, o (b) el período de 48 horas después de recibir la notificación.

Remisión de la revisión externa estándar a la organización de revisión independiente

El Administrador del Plan asignará una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) acreditada por una organización de acreditación reconocida independientemente para que realice la revisión externa. El Plan rotará las asignaciones de reclamación entre las IRO o incorporará otros métodos independientes e imparciales de selección de IRO, como selección al azar. El contrato entre el Plan y una IRO estipulará lo siguiente:

- La IRO usará expertos legales cuando corresponda para hacer las determinaciones de cobertura bajo el Plan;
- La IRO le notificará al Reclamante, oportunamente y por escrito, sobre la elegibilidad de la solicitud y su aceptación para revisión externa.
- El aviso incluirá una declaración que el Reclamante le podrá presentar por escrito a la IRO asignada dentro de diez (10) días hábiles después de la fecha de recibir el aviso que la IRO debe considerar al realizar la revisión externa; y
- No se requiere que la IRO, aunque esta puede, aceptar y considerar información adicional presentada después de diez (10) días.

Dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles de la fecha de asignación de la IRO, el Plan le proveerá a la IRO asignada los documentos e información que fueron tomados en cuenta al tomar la determinación adversa sobre los beneficios para que se haga una determinación interna final adversa sobre los beneficios. Si el Plan no provee los documentos e información oportunamente, eso no retrasará la realización de la revisión externa. Si el Plan no provee los documentos e información oportunamente, la IRO

podrá terminar la revisión externa y tomar una decisión de revocar la determinación adversa sobre los beneficios o la determinación final interna adversa sobre los beneficios. La IRO debe notificarle al Reclamante y al Plan dentro del plazo de un día hábil de haber tomado tal decisión.

Al recibir información presentada por el Reclamante, la IRO debe, dentro de un (1) día hábil, transmitir la información al Plan. El Administrador de Reclamaciones puede, aunque no se requiere que lo haga, reconsiderar su determinación adversa sobre los beneficios o la determinación final interna adversa sobre los beneficios. Una reconsideración por parte del Plan no retrasará la revisión externa. Si el Administrador de Reclamaciones decide revocar una determinación adversa sobre los beneficios o una determinación final interna adversa sobre los beneficios y proveer cobertura o pago, el Administrador de Reclamaciones le proveerá al Reclamante y a la IRO un aviso por escrito de su decisión, dentro del plazo de un (1) día hábil después de tomar la decisión. La IRO cancelará la revisión externa tras recibir este aviso del Administrador de Reclamaciones.

La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación nuevamente y no quedará sujeta a ninguna decisión o conclusión tomadas durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. Además de los documentos e información suministrados, la IRO, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere adecuados, tomará lo siguiente en cuenta al tomar una decisión:

- Los expedientes médicos del Reclamante;
- La recomendación del profesional de atención médica a cargo;
- Informes de profesionales médicos correspondientes y otros documentos presentados por el Plan o emisor, el Reclamante o el proveedor que brinda tratamiento al Reclamante; los términos del Plan para garantizar que la decisión de la IRO no vaya en contra de los términos del Plan, a menos que los términos no sean congruentes con la ley correspondiente;
- Directrices de práctica adecuadas, las cuales deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y pueden incluir otras directrices de práctica elaboradas por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales;
- Cualesquier criterios de revisión clínica desarrollados y usados por el Plan, a menos que los criterios sean incongruentes con los términos del Plan o las leyes aplicables; y
- La opinión del revisor o los revisores clínicos de la IRO tras considerar la información o los documentos disponibles en la medida en que el revisor o los revisores clínicos lo consideren adecuado.

Aviso de la decisión de la revisión externa estándar

La IRO les proveerá al Reclamante y al Plan un aviso por escrito sobre la decisión final tras la revisión externa dentro de un plazo de 45 días de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa. La notificación contendrá:

- Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, que incluirá información suficiente para identificar la reclamación (incluidas las fechas de servicio, el proveedor de atención médica y, si corresponde, el monto de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente, así como el motivo de la denegación anterior);
- La fecha que la IRO recibió la tarea de realizar la revisión externa y la fecha de la toma de decisión por parte de la IRO;
- Referencias a las pruebas o documentación, entre ellas las disposiciones específicas de cobertura y estándares basados en evidencia, tomados en cuenta para llegar a una decisión;
- Un planteamiento del motivo o los motivos principales de la decisión, incluidas las razones de la decisión y cualesquier estándares basados en evidencia en los que se confió para tomar esta decisión;
- Una declaración de que la determinación es final, salvo en la medida que otros remedios puedan estar disponibles bajo las leyes estatales o federales para el Plan o el Reclamante;
- Una declaración de que una revisión judicial podría estar disponible para el Reclamante; y
- La información de contacto actual, incluido el número telefónico, de cualquier oficina correspondiente de ayuda o representante del consumidor de seguros médicos conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública.

Reversión de la decisión del Plan tras una Revisión Externa Estándar

Al recibir un aviso de decisión tras una revisión externa final que revoca la determinación adversa sobre los beneficios o una determinación adversa interna final sobre los beneficios, el Plan proveerá cobertura o pago inmediatamente (lo que incluye autorizar inmediatamente o comenzar inmediatamente a pagar beneficios) de la reclamación. La decisión final de revisión externa es vinculante para el Plan y el Reclamante, salvo en la medida que otros recursos estén disponibles bajo las leyes estatales o federales y salvo que el requisito de que la decisión sea vinculante no impida que el Plan efectúe pago por la reclamación o de otro modo provea beneficios en cualquier oportunidad, incluso tras una decisión final de revisión externa que denegó la reclamación o de otro modo no exija dichos pagos o beneficios. Por este motivo, el Plan deberá proveer cualesquier beneficios, incluyendo efectuar el pago de la reclamación, de conformidad con la decisión final de revisión externa sin demora, independientemente de que el Plan se proponga solicitar una revisión judicial de la

decisión de revisión externa y a menos que, o hasta que de otro modo haya una decisión judicial.

Revisión externa acelerada

Solicitud de revisión externa acelerada

Cuando la revisión externa esté por lo demás disponible, el Plan permitirá que un Reclamante haga una solicitud de revisión externa acelerada al momento que el Reclamante reciba:

- Una determinación adversa sobre los beneficios, si la determinación adversa sobre los beneficios implica una afección médica por la cual el período para completar una apelación interna acelerada pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o pondría en peligro la habilidad del Reclamante de recuperar la máxima función y el Reclamante ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada, o
- Una determinación final interna adversa sobre los beneficios, si el Reclamante tiene una afección médica por la cual el período para completar una apelación interna acelerada pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o pondría en peligro la habilidad del Reclamante de recuperar la máxima función o si la determinación final interna adversa sobre los beneficios implica una admisión, la disponibilidad del cuidado, continuación de la estadía o artículo o servicio de atención médica por el cual Reclamante recibió servicios de emergencia, pero aún no ha sido dado de alta de una instalación.

Revisión preliminar de una revisión acelerada

Inmediatamente tras recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Administrador de Reclamaciones revisará la solicitud para determinar si dicha solicitud cumple con los requisitos enumerados anteriormente para una *Revisión preliminar de una revisión externa estándar*. El Plan debe, inmediatamente, enviarle un aviso al Reclamante sobre su determinación de elegibilidad.

Remisión de la revisión acelerada a la organización de revisión independiente

Al tomar una determinación de que una solicitud es elegible para revisión externa acelerada tras una revisión preliminar, el Administrador de Reclamaciones asignará una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) de conformidad con los requisitos descritos en el párrafo anterior para la *Remisión de la revisión externa estándar a la organización de revisión independiente*. El Plan proveerá o transmitirá electrónicamente o por teléfono o fax, o cualquier otro método acelerado disponible, todos los documentos e información necesarios que se tomaron en cuenta para tomar la determinación adversa sobre los beneficios o la determinación final interna adversa sobre los beneficios a la IRO asignada.

La IRO asignada, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere adecuados, tomará en consideración la información o los documentos descritos anteriormente bajo los procedimientos de Revisión externa estándar. Al tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación nuevamente y no quedará sujeta a ninguna decisión o conclusión tomadas durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones.

Aviso de la decisión de la revisión externa acelerada

La IRO le proveerá aviso por escrito al Reclamante y al Plan sobre la decisión externa final, de conformidad con los requisitos del Aviso de la decisión de la revisión externa estándar, salvo que el aviso se proveerá de manera tan acelerada como lo requieran el estado o las circunstancias médicas del Reclamante, pero a más tardar 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, entonces, dentro de un plazo de 48 horas después de la fecha de proveer tal aviso, la IRO deberá proveer confirmación por escrito de esa decisión al Reclamante y al Plan.

Reversión de la decisión del plan

Al recibir un aviso de decisión tras una revisión externa final que revoca la determinación adversa sobre los beneficios o una determinación adversa interna final sobre los beneficios, el Plan proveerá cobertura o pago inmediatamente (lo que incluye autorizar inmediatamente o comenzar inmediatamente a pagar beneficios) de la reclamación. La decisión final de revisión externa es vinculante para el Plan y el Reclamante, salvo en la medida que otros recursos estén disponibles bajo las leyes estatales o federales y salvo que el requisito de que la decisión sea vinculante no impida que el Plan efectúe pago por la reclamación o de otro modo provea beneficios en cualquier momento, incluso tras una decisión final de revisión externa que denegó la reclamación o de otro modo no exija dichos pagos o beneficios. Por este motivo, el Plan deberá proveer cualesquier beneficios, incluyendo efectuar el pago de la reclamación, de conformidad con la decisión final de revisión externa sin demora, independientemente de que el Plan se proponga solicitar una revisión judicial de la decisión de revisión externa y a menos que, o hasta que de otro modo haya una decisión judicial.

Requisitos de registro de la IRO

Tras una revisión externa final, la IRO debe mantener registros de todas las reclamaciones y avisos asociados con el proceso de revisión externa, por un plazo de seis (6) años. Una IRO debe tener esos registros disponibles para que sean examinados por el Reclamante, el Plan o la agencia supervisora estatal o federal, si se solicita, salvo si dicha divulgación infringiría las leyes de privacidad estatales o federales.

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones de los beneficios semanales por accidentes y enfermedad

Debe reportar su ausencia para iniciar su reclamación de beneficios por discapacidad. Al reportar su ausencia, el Administración de Reclamaciones le pedirá que provea cierta información básica, incluyendo:

- Información personal: Nombre, dirección, número telefónico, número de Seguro Social y puesto de trabajo;

- Información del trabajo; Empleador, lugar de trabajo y dirección, horario de trabajo, nombre y número telefónico del supervisor, así como la fecha de contratación;
- Información sobre la enfermedad/lesión; El último día trabajado, la naturaleza de la enfermedad, cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión, y cuándo comenzó la discapacidad.
- Información sobre el médico: El nombre, la dirección, el número telefónico y el número de fax de cada médico que brinda tratamiento.

El Administrador de Reclamaciones le dará un aviso por escrito o electrónico sobre cualquier determinación adversa sobre los beneficios dentro de un plazo de 45 días (aunque podría tomar hasta dos prórrogas de treinta días cada una por asuntos que están fuera de su control, si le da un aviso por adelantado sobre el retraso). La notificación indicará:

- La razón o las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación; y
- Una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para perfeccionar la reclamación, y una explicación de por qué tales materiales o información son necesarios.

De manera alternativa, si la reclamación que usted presentó estaba incompleta, el Administrador de Reclamaciones podría dejarle saber que necesita más información para decidir la reclamación. En ese caso, tendrá 45 días para responder con la información necesaria, y el Administrador de Reclamaciones tomará una decisión sobre su reclamación dentro de un plazo de 30 días de recibir esta información.

Si disputa la respuesta a su solicitud de beneficios, debe presentar la reclamación en disputa ante el Administrador de Reclamaciones. Usted o su representante autorizado pueden apelar una reclamación denegada dentro de un plazo de 180 días de recibir la notificación de denegación: Usted tiene derecho a:

- Presentar para revisión comentarios por escrito, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con la reclamación;
- Solicitar, gratuitamente, acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información relevantes para su reclamación, así como copias de los mismos;
- Una revisión que tome en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información presentados por usted, independientemente de que dicha información haya sido presentada o considerada en la decisión de la reclamación inicial;

- Una revisión que no le dé preferencia a la decisión adversa inicial y que no sea realizada ni por la persona que tomó la decisión adversa, ni por un subalterno de esa persona;
- Si la apelación implicó una decisión adversa basada en un juicio médico, una revisión de su reclamación por un profesional médico con la capacitación y experiencia apropiadas en el campo de la medicina implicado en el juicio médico y que ni fue consultado en conexión con la decisión adversa ni es subalterno de ninguna persona que lo fue; y
- La identificación de expertos médicos o vocacionales, de haberlos, consultados en conexión con la denegación de la reclamación, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para tomar la decisión. El Administrador de Reclamaciones hará una revisión completa y justa de su apelación y podrá requerir documentos adicionales, según lo estime necesario, para realizar dicha revisión. Se tomará una decisión final sobre la revisión dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 45 días después de recibir la solicitud de revisión por escrito, a menos que el Administrador de Reclamaciones determine que circunstancias especiales requieren de una prórroga. En tal caso, se le enviará un aviso por escrito antes de que finalice el período inicial de 45 días. El aviso de prórroga deberá indicar las circunstancias especiales y la fecha para la cual el Administrador de Reclamaciones prevé que tomará la decisión sobre la apelación. La prórroga no puede exceder de un período de 45 días del fin del período inicial. Los plazos de apelación comienzan cuando se presenta una apelación, independientemente de que toda la información necesaria para tomar una decisión de apelación acompañe a la presentación.

Si una prórroga es necesaria porque usted dejó de presentar información necesaria, los días desde la fecha del aviso de prórroga hasta que usted responda a la solicitud de información adicional no se cuentan como parte del período de determinación de la apelación.

El aviso de denegación del Administrador de Reclamaciones se proveerá dentro de un plazo de 45 días e incluirá:

- La razón o las razones específicas de la denegación con referencia a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basó la denegación;
- Una declaración de que tiene derecho a recibir, si así lo solicita y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, registros y demás información relevantes para su reclamación, así como copias de los mismos;
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria que ofrece el Administrador del Plan y de su derecho de obtener información sobre dichos procedimientos, así como una declaración de su derecho de entablar una acción de conformidad con la ley ERISA;

- Si corresponde, cualquier regla, directriz, protocolo o criterio similar internos en los que se confió para tomar la decisión adversa, o bien una declaración de que se confió en dicha regla, directriz, protocolo u otro criterio y una copia de los mismos que se proporcionará libre de cargo si lo solicita; y
- Si la decisión adversa se basó en una exclusión por necesidad médica, tratamiento experimental, o exclusión o limitación similares, se suministrará una explicación del criterio científico o clínico de la decisión adversa, o una declaración de que tal explicación será proporcionada gratuitamente si así lo solicita.

Si hay circunstancias especiales en la consideración de su apelación, el Administrador Externo podrá prorrogar el plazo para decidir su apelación, hasta por 45 días.

Ley de prescripción y agotamiento de los recursos administrativos (todas las reclamaciones y apelaciones)

El Reclamante no podrá iniciar un procedimiento judicial en contra de ninguna persona, incluido el Plan, la Junta Directiva, un fiduciario del Plan, el Administrador del Plan, el Patrocinador del Plan, el Administrador de Reclamaciones, ni ninguna otra persona, respecto de una reclamación de beneficios bajo el Plan, sin antes agotar los procedimientos de reclamaciones enumerados anteriormente. Un Reclamante que ha agotado estos procedimientos y no está satisfecho con la decisión bajo apelación de una reclamación denegada podrá entablar una acción conforme a la Sección 502 de ERISA en un tribunal con la jurisdicción para revisar la decisión bajo apelación, pero solo si la acción se comienza a más tardar la fecha más pronta entre: (1) tres años después de la fecha que se proporcionó el servicio o tratamiento, o en que ocurrió el evento que ocasionó que se proporcionara el beneficio, o (2) el primer aniversario de la decisión final bajo apelación.

Independientemente de lo que indique el párrafo anterior, si el Plan no observa todos los requisitos de los procedimientos establecidos anteriormente para las reclamaciones médicas o rescisiones de cobertura médica, entonces, en la medida en que lo ordene la ley ACA, el Reclamante podrá iniciar una revisión externa o entablar una acción ante un tribunal correspondiente bajo la ley estatal o la Sección 502(a) de la ley ERISA, pero solo si la acción se inicia a más tardar en lo que ocurra primero entre (1) tres años después de la fecha en que se proporcionó el servicio o tratamiento, o que ocurrió el evento que ocasionó que se proporcionara el beneficio, o (2) el primer aniversario de la decisión del Administrador de Reclamaciones bajo apelación. No obstante el Reclamante no puede iniciar una revisión externa ni entablar una acción ante un tribunal correspondiente bajo las leyes estatales o la sección 502(a) de la ley ERISA sin antes agotar los procedimientos de reclamación estipulados anteriormente, si la infracción por parte del Plan:

1. Fue de *minimis* (mínima);
2. Tiene poca probabilidad de ocasionarle perjuicios o daños al Reclamante;

3. Se puede atribuir a buena causa o a asuntos fuera del control del Plan;
4. Ocurrió dentro del contexto de un intercambio de información continuo y en buena fe; y
5. No refleja un patrón o práctica de falta de cumplimiento por parte del Plan.

Dentro de un plazo de 10 días de que el Plan reciba una solicitud por escrito del Reclamante, el Reclamante tiene el derecho de recibir una explicación de los fundamentos del Plan para manifestar que cumple con la excepción anterior que incluye una descripción específica de sus fundamentos, de haberlos, para reclamar que la infracción no debería ocasionar que el proceso de reclamación y apelación interno se considere agotado. Si un revisor externo o un tribunal rechazan la solicitud del Reclamante de revisión inmediata sobre la base de que el Plan cumple con los requisitos de la excepción, entonces el Plan le proveerá al Reclamante un aviso de la oportunidad de volver a presentar y seguir el proceso de apelación interno por la reclamación dentro de un plazo razonable después de que el revisor externo o el tribunal hayan rechazado la reclamación de revisión inmediata (pero no después de 10 días). Los plazos límite para volver a presentar la reclamación comenzarán a transcurrir cuando el Reclamante reciba dicho aviso.

Avisos

Siempre que estos procedimientos de reclamación y apelación requieran que se efectúe dicho aviso, el aviso se hará por escrito y tendrá la firma de la persona que lo envía. El aviso se puede enviar por correo de primera clase o se puede entregar en persona, a opción del remitente. Los Avisos al Reclamante se le enviarán a él o ella a su dirección más reciente conocida, según lo indican los expedientes de la Oficina del Fondo

Los avisos al Fondo se deberán enviar a la Oficina del Fondo, a la siguiente dirección:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

SECCIÓN 9

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA

Si se cancela la cobertura (elegibilidad) bajo el Fondo como resultado de un “evento determinante”, las Personas Cubiertas podrán comprar una extensión temporal de la cobertura del Fondo (llamada “continuación de la cobertura”) a una tarifa de grupo que represente el 102% del costo del Plan. Un Empleado, Cónyuge o Hijo que sea una Persona Cubierta podrían convertirse en “beneficiarios calificados” si pierden la cobertura bajo el Plan debido al evento determinante. Esta continuación de la cobertura algunas veces se conoce como cobertura “COBRA”.

Es posible que tenga otras opciones si pierde la cobertura médica grupal

En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que haya otras opciones de cobertura más asequibles para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud (el “Mercado”), Medicaid u otras opciones de cobertura médica grupal (como el plan de un Cónyuge) durante lo que se conoce como un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura bajo COBRA.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de la cobertura de COBRA y elegir la cobertura que más le convenga. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su propio bolsillo de lo que tendría que pagar bajo COBRA porque la cobertura nueva podría imponer un deducible nuevo.

Cuando usted pierde la cobertura médica proporcionada por un empleo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura de COBRA y otras opciones de cobertura porque una vez que tome una decisión, podría ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura.

Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguros de Salud y para encontrar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las distintas opciones, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Si se inscribe en COBRA puede inscribirse en el Mercado de Seguros solo en oportunidades específicas.

Si se inscribe en la continuación de la cobertura de COBRA puede cambiar a un plan del Mercado de Seguros durante un período de inscripción abierta del Mercado de Seguros. También puede cancelar su continuación de la cobertura de COBRA anticipadamente y cambiar a un plan del Mercado si tiene otro evento determinante

como un matrimonio o el nacimiento de un Hijo a través de algo denominado un “período de inscripción especial”. Sin embargo, tenga cuidado - si cancela su continuación de la cobertura de COBRA anticipadamente sin otro evento determinante, tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros hasta el próximo período de inscripción abierta y podría terminar sin cobertura médica alguna en el ínterin.

Una vez que haya agotado su continuación de la cobertura de COBRA y la cobertura caduque, será elegible para inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros durante un período de inscripción especial, aunque haya terminado dicho período de inscripción abierta del Mercado de Seguros.

Si se inscribe para la cobertura del Mercado de Seguros en lugar de la continuación de la cobertura de COBRA, no puede cambiar a continuar con la cobertura de COBRA bajo ninguna circunstancia.

“Eventos Determinantes” de Continuación de la Cobertura

Si usted es un Empleado, Cónyuge o Hijo cubierto por el Fondo, tiene el derecho de comprar esta continuación de la cobertura por un período de hasta 18 meses si pierde su cobertura debido a una reducción de las horas de empleo del Empleado o la terminación del empleo del Empleado (por motivos que no sean grave mala conducta).

Si usted es el Cónyuge de un Empleado cubierto por el Fondo, tiene derecho a comprar esta continuación de la cobertura por un período de hasta 36 meses, si pierde la cobertura que ofrece el Fondo por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) la muerte del Empleado;
- (2) el divorcio o separación legal del Empleado; o
- (3) su Cónyuge adquiere derecho a recibir los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas).

Si usted es el Hijo de un Empleado cubierto por este Fondo, tiene derecho a comprar la continuación de la cobertura por un período de hasta 36 meses, si pierde la cobertura que ofrece el Fondo por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) la muerte del padre que es el Empleado;
- (2) el divorcio o separación legal de los padres;
- (3) el padre que es el Empleado adquiere derecho a recibir los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas); o
- (4) el Dependiente deja de cumplir con la definición de “Dependiente” conforme a las reglas del Plan.

Si usted es el Cónyuge de un Empleado Jubilado cubierto por este Fondo, tiene derecho a comprar la continuación de la cobertura por un período de hasta 36 meses, si pierde la cobertura que ofrece el Fondo por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) la muerte del Empleado Jubilado;
- (2) el divorcio o la separación legal del Empleado Jubilado; o
- (3) el padre que es el Empleado adquiere derecho a recibir los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas); o

Prórroga por discapacidad a veintinueve (29) meses

Esta prórroga aplicará cuando la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine que un beneficiario calificado estuvo discapacitado en algún momento antes de transcurridos los primeros sesenta (60) días de cobertura de COBRA (resultantes de la terminación de un empleo o la reducción de las horas de trabajo) y sigue estando discapacitado al final del período inicial de 18 meses de cobertura. Para que aplique la prórroga por discapacidad, tiene que proveer una copia de la carta de Determinación de Discapacidad de la SSA que le fue enviada a su familiar discapacitado dentro del plazo de 18 meses de COBRA y, a más tardar, 60 días después de la fecha posterior entre: (1) la fecha de determinación de la discapacidad por la SSA; (2) la fecha en que ocurra el evento determinante; o (3) la fecha en que el Beneficiario Calificado pierda la cobertura.

Su responsabilidad de informar

El Empleado o Empleado Jubilado, o bien los miembros de su familia, tienen la responsabilidad inicial de informarle a la Junta Directiva sobre un divorcio, separación legal, que un hijo pierda su clasificación como Dependiente bajo el Fondo, que el Empleado adquiera derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), o la muerte del Empleado Jubilado. Se debe proveer un aviso por escrito a más tardar sesenta (60) días después del evento o de la fecha de término de la cobertura, lo que suceda más tarde. Se podría requerir que las Personas Cubiertas provean información adicional para justificar el evento determinante (p. ej. un fallo de divorcio).

El Empleador que hace aportaciones en nombre del Empleado tiene la responsabilidad inicial de notificar a la Junta Directiva sobre el fallecimiento del Empleado, su despido del empleo o la reducción de horas.

Eleción de la Cobertura

Cuando se le notifica a la Junta Directiva que ha ocurrido uno de estos eventos, la Junta Directiva, a su vez, les notificará a las Personas Cubiertas que tienen el derecho de elegir continuación de la cobertura. Las Personas Cubiertas deben informarle a la Junta Directiva que desean comprar continuación de la cobertura dentro de un plazo de sesenta (60) días de la fecha en que perderían la cobertura debido a uno de los

eventos descritos anteriormente. Podría requerirse que las Personas Cubiertas que elijan cobertura paguen hasta el 102% de la prima correspondiente y hasta el 150% de la prima correspondiente durante una prórroga por discapacidad. La primera prima vence 45 días después de la fecha de elección de la cobertura. Todas las primas subsiguientes vencen el primer día del período de cobertura, que es el primer día de cada mes (con un período de gracia de 30 días).

Duración de la cobertura

Los períodos de continuación de la cobertura incluyen todos los meses durante los cuales la cobertura continuó después de que ocurrió el "evento determinante", incluso si las Personas Cubiertas no tuvieron que pagar ellas mismas por la cobertura durante esos meses. Por ejemplo, si el empleo de un Empleado terminó el 31 de marzo, pero su cobertura a través del Fondo continuó hasta el 30 de junio, él o ella podrá comprar quince (15) meses de continuación de la cobertura (hasta septiembre del año siguiente) bajo estas reglas. Esto es un total de dieciocho (18) meses de continuación de la cobertura.

Si usted pierde la cobertura a causa de un evento determinante, puede elegir continuar la misma cobertura que tenía inmediatamente antes del evento determinante; no obstante, esa continuación de la cobertura queda sujeta a los cambios efectuados por la Junta Directiva a la misma cobertura mantenida por Empleados o Empleados Jubilados en situaciones similares (según corresponda). Usted tiene el mismo derecho a cambiar su cobertura que tienen otros Empleados o Empleados Jubilados en situaciones similares (entre ellos derechos de inscripción abierta para cambiar la cobertura).

Las primas de la continuación de la cobertura están sujetas a modificaciones periódicas efectuadas por la Junta Directiva. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener información acerca de las primas de continuación de la cobertura. Si una Persona Cubierta no compra continuación de la cobertura, terminará la cobertura regular a través del Fondo.

Razones por las que puede interrumpirse la continuación de la cobertura

La continuación de la cobertura puede ser interrumpida por *cualquiera* de las siguientes razones:

- (1) el Empleador del Empleado o del Empleado Jubilado ya no hace aportaciones al Fondo para fines de proporcionar cobertura médica grupal a sus Empleados;
- (2) la Persona Cubierta no paga a tiempo la prima de continuación de la cobertura;
- (3) Si la Persona Cubierta queda cubierta por otro plan médico grupal, ya sea como Empleado o de otro modo;
- (4) la persona Cubierta adquiere derecho a recibir los beneficios bajo Medicare;

- (5) en el caso de las prórrogas de once (11) meses debido a ciertas discapacidades, una determinación final de que la Persona Cubierta ya no está discapacitada.

Los beneficiarios calificados deben pagar la prima total de continuación de la cobertura

Sírvase observar que si la Persona Cubierta cambia de estado civil o de dirección, debe notificarlo de inmediato a la Junta Directiva.

SECCIÓN 10

OTRAS REGLAS Y REGLAMENTOS DEL PLAN

Coordinación de beneficios

El propósito de las reglas de “coordinación de beneficios” es permitir que las Personas Cubiertas reciban beneficios de uno o más planes grupales, aunque en ningún caso más del 100% de los Gastos Cubiertos.

Como la mayor parte de la industria de seguros tiene algún tipo de “coordinación de beneficios”, si este Plan no incluyera tal disposición, siempre se le consideraría el plan “principal” y, por lo tanto, siempre pagaría los beneficios primero. Si fuera ese el caso, otros planes experimentarían grandes ahorros a costa de este Plan.

Para fines de la regla de coordinación de beneficios de este Plan, un “gasto permitido” es cualquier Cargo Usual, Acostumbrado y Razonable que sea Médicamente Necesario y esté cubierto, al menos en parte, por uno de los planes. “Planes” significa cobertura de beneficios médicos o de bienestar proporcionada: (a) bajo un plan del gobierno establecido específicamente para los empleados civiles del gobierno mismo y sus dependientes, o (b) bajo una póliza de seguro grupal o plan grupal, o bien otra cobertura ofrecida a un grupo de personas, incluida la cobertura estudiantil obtenida a través de una institución educativa.

Cuando se hace una reclamación, el plan principal paga sus beneficios sin tomar en cuenta ningún otro plan. Los planes secundarios ajustan sus beneficios de manera que el total de beneficios disponible no exceda de los gastos permitidos. Ningún plan paga más de lo que hubiera pagado sin la disposición de coordinación.

- (1) El plan que cubra a una persona en calidad de empleado pagará beneficios primero. El plan que cubra a una persona en calidad de dependiente pagará en segundo lugar.
- (2) Si un hijo dependiente está cubierto por los planes de ambos padres, el plan del padre cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra primero en el año calendario, cuyos beneficios cubran al hijo, se clasificará como primario. El plan del padre cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra más adelante en el año calendario, cuyos beneficios cubran al hijo, se clasificará como secundario.

Si un plan que sigue la regla de “fecha de nacimiento” se coordina con otro plan que observa la regla basada en el género y, como resultado de ello, los planes no llegan a un acuerdo en cuanto al orden de pago de los beneficios, entonces dicho orden será determinado por la regla basada en el género.

- (3) Cuando los padres estén divorciados o separados, el orden será el siguiente:
- (a) El plan del padre que tenga la custodia paga primero. El plan del padre que no tenga la custodia paga en segundo lugar.
 - (b) Si el padre que tiene la custodia ha vuelto a contraer matrimonio, el orden será el siguiente:
 - (i) el plan del padre que tenga la custodia,
 - (ii) el plan del padrastro o madrastra,
 - (iii) el plan del padre que no tenga la custodia.

Si existe una orden del tribunal que indica que uno de los padres es el responsable de los gastos médicos del hijo, el plan de ese parente pagará primero. Esta orden sustituye a cualquier otra orden enumerada bajo (a) o (b).

- (4) Si uno de los padres está cubierto bajo más de un plan, el plan bajo el cual haya estado cubierto(a) por más tiempo paga primero. La excepción a esta regla es:

- Un plan grupal que cubra a una persona, que no sea como empleado cesante o jubilado, o al dependiente de dicha persona, determinará los beneficios que se pagarán primero. Un plan grupal que cubra a una persona, que no sea como empleado cesante o jubilado, o al dependiente de dicha persona, determinará los beneficios que se pagarán en segundo lugar.

Si este Fondo es el secundario de conformidad con las reglas arriba enunciadas, este Fondo pagará el monto que hubiera pagado si fuera el principal, menos lo que pagó el plan principal.

Recuperación de terceros (subrogación, reembolso y compensación)

Este Fondo tiene reglas de subrogación, reembolso y compensación que aplican cuando una Persona Cubierta se lesionó o enfermó y otra persona es posiblemente responsable de la lesión o enfermedad. Bajo tales circunstancias, el Fondo adelantará el pago de los beneficios para cubrir las reclamaciones calificadas de la Persona Cubierta; no obstante, el Fondo se reservará un derecho de subrogación, reembolso y/o compensación respecto de dicho pago como se describe en mayor detalle a continuación.

Los derechos de subrogación, reembolso y compensación son tres derechos distintos. El Fondo puede elegir hacer valer uno o más de los derechos respecto de un asunto en particular. Además, el hecho de que el Fondo no haga valer un derecho determinado no constituye una renuncia por parte del Fondo respecto de algún otro derecho, y dicha falta no reducirá ni de otro modo alterará el alcance de los demás derechos del Fondo. Por ejemplo, si el Fondo elige no hacer valer sus intereses de subrogación en un caso

en particular, el Fondo aún tiene el derecho de recibir un reembolso y/o compensación totales según se describe en mayor detalle a continuación.

Las reglas de subrogación, reembolso y compensación fueron establecidas para ayudar a las Personas Cubiertas con el pago de ciertas reclamaciones calificadas mientras interponen recursos en contra del tercero responsable. Las reglas también evitan una situación en la que una Persona Cubierta recibe compensación doble por la misma lesión o enfermedad, la primera vez del Fondo cuando paga las facturas médicas y la segunda vez del tercero cuando paga los daños y perjuicios por la pérdida. La cuestión fundamental es que las reglas ayudan a garantizar que haya activos disponibles para todos los Participantes y beneficiarios del Fondo.

Los derechos de subrogación, reembolso y compensación del Fondo emanan y se hacen valer cuando el Fondo paga algún beneficio a o en nombre de una Persona Cubierta debido a una pérdida, lesión o enfermedad por la cual otra persona o entidad son o podrían ser legalmente responsables. Esto incluiría, entre otros, una pérdida, lesión o enfermedad que se pueden indemnizar bajo el Seguro Social, el sistema de compensación a trabajadores y/o por negligencia médica, conducta ilícita y/o penal de un tercero, o alguna otra situación. En consideración del pago de beneficios por parte del Fondo en este contexto, la Persona Cubierta queda sujeta a los derechos de subrogación, reembolso y compensación del Fondo, de la manera siguiente:

- La Persona Cubierta debe firmar y devolver el acuerdo de subrogación y reembolso, así como cualquier otra documentación que el Fondo o sus representantes consideren necesaria para proteger los intereses de subrogación, reembolso y/o compensación del Fondo. No se pagarán beneficios a menos que la Oficina del Fondo reciba una copia de toda la documentación requerida, incluido el convenio de subrogación y reembolso firmado por la Persona Cubierta o, en el caso de no ser capaz, el tutor autorizado de la Persona Cubierta. Independientemente de que se indique algo distinto en la oración anterior, los derechos de subrogación, reembolso y/o recuperación del fondo aplican, independientemente de que la documentación requerida, incluido el acuerdo de subrogación y reembolso, haya sido en efecto firmada por la Persona Cubierta y recibida por la Oficina del Fondo. Por lo tanto, el pago de beneficios por parte del Fondo en nombre de una Persona Cubierta sin que la Oficina del fondo haya recibido la documentación necesaria, incluido el acuerdo de subrogación y reembolso firmado, no constituye una renuncia de los derechos de subrogación, reembolso y/o compensación por parte del Fondo respecto de tal pago.
- La Persona Cubierta no deberá hacer nada para impedir o negar el derecho de subrogación del Fondo y cooperará voluntariamente con el Fondo. A tal fin, no se llegará a ningún acuerdo de pago con, ni se le otorgará permiso a ningún tercero, por reclamaciones que surjan de la pérdida, lesión o enfermedad de la Persona Cubierta, por los cuales beneficios se hayan pagado bajo el Fondo, sin antes recibir consentimiento por escrito del Fondo. Si la Persona Cubierta realiza alguna acción o no actúa, o de otro modo compromete los derechos del Fondo,

el Fondo podrá buscar inmediatamente, por cualquier recurso disponible, incluidas acciones jurídicas, la recuperación de todos los montos de beneficios pagados.

- El Fondo será reembolsado por el monto total bruto de cualesquier y todos los beneficios, independientemente del tipo, pagados o de otro modo suministrados por el Fondo. El Fondo recibirá el reembolso total y completo primero, y antes de ningún otro desembolso, incluidos los desembolsos a la Persona Cubierta, el pago de honorarios y/o gastos de abogado. El derecho de primera prioridad del Fondo a recibir un reembolso total no quedará sujeto a reducción por motivos que incluyan, entre otros la falta de la Persona Cubierta de recuperar el valor total percibido o real de su reclamación por cualquier motivo, los honorarios, gastos u otros costos de abogado, y/o la falta del Fondo de participar activamente en la reclamación y/o recuperación. Además, el Fondo rechaza expresamente, y de otro modo prohíbe, la aplicación de las doctrinas de “restitución completa” y “fondo común”, o cualesquier doctrinas o reglas legales comunes similares respecto de sus derechos de subrogación, reembolso y compensación.
- El Fondo quedará totalmente reembolsado por y/o le será otorgado un gravamen por cualquier recuperación que ocurra de cualquier fuente disponible, incluida, entre otras, la persona o entidad que sea o pudiera ser responsable de tal pérdida, lesión o enfermedad, el asegurador de dicha persona o entidad, el asegurador de la Persona Cubierta, incluida la cobertura de pagos médicos, cobertura de conductores infraasegurados y/o no asegurados, seguro con y sin responsabilidad de causa, seguro de pérdidas o responsabilidad, Seguro Social, el sistema de compensación a trabajadores, o cualquier otra fuente. Tal recuperación incluye, aunque por ello no se limita a, fallos de un tribunal, órdenes administrativas o de agencias, acuerdos de liquidación privados o cualquier otro pago.
- Esta obligación de reintegro aplica a toda recuperación de un tercero, independientemente de que la recuperación sea caracterizada como compensación por dolor y sufrimiento, o alguna otra cosa.
- Por ejemplo, si el Fondo paga \$15,000 en reclamaciones médicas en nombre suyo y más adelante usted recupera \$25,000 de un tercero, usted tiene que reembolsarle al Fondo los \$15,000 en beneficios médicos pagados en nombre suyo.
- Si una Persona Cubierta recupera dinero, pero se niega a pagarle al Fondo, los beneficios de salud y bienestar futuros no serán pagados en nombre de la Persona Cubierta hasta tanto el Fondo compense el monto total que se debió haber rembolsado bajo estas reglas, más un 10% por año. La Persona Cubierta renunciará permanentemente a los beneficios de compensación y la Persona Cubierta será legalmente responsable ante el proveedor por cualesquier reclamaciones no pagadas.

El Fondo también podría elegir entablar una acción legal en contra de una Persona Cubierta para cobrar el dinero adeudado de conformidad con estas reglas de subrogación. Si el Fondo gana el pleito, la Persona Cubierta también tendrá que pagar intereses a una tasa del 10% anual y los honorarios razonables de abogado del Fondo.

Sanciones por la falsificación de reclamaciones o por la no devolución de montos pagados de más

Cualquier Participante o Dependiente que, por error, tergiversación o de otro modo, reciba un pago incorrecto del Fondo, deberá reembolsarlo inmediatamente al Fondo. Si el Plan efectúa algún pago que, de conformidad con los términos del Plan, no debió haberse efectuado, la Junta Directiva, el Administrador Externo o el Administrador de reclamaciones (o sus representantes) podrán recuperar ese pago incorrecto, independientemente de que se haya efectuado debido a un error del Plan o de su representante, error de la persona a quien se le efectuó o de alguna otra parte correspondiente. El no cumplir con la solicitud de reembolso de Fondo dentro de un plazo de 30 días dará lugar a la imposición de las siguientes sanciones:

- (1) Se sumarán intereses al monto adeudado a la tasa del 10% anual o, de ser menos, la tasa máxima permitida bajo la ley correspondiente.
- (2) Los beneficios futuros pagaderos en nombre del Participante y sus Dependientes se retendrán y se usarán para compensar (o sea, reintegrar) el monto adeudado al Fondo más intereses a la tasa especificada en el inciso (1) anterior.

Además, la elegibilidad del Participante y de sus Dependientes podría ser eliminada por acción de la Junta Directiva, y/o los Síndicos podrían elegir entablar una demanda en contra del Participante, sus Dependientes y/u otras partes para recuperar el dinero adeudado. En tal caso, el Fondo también tendrá derecho a recuperar sus honorarios y costos razonables de abogado.

La falsificación de una reclamación es un delito grave. El Fondo se reserva el derecho de eliminar los beneficios de un Participante y/o su Dependiente, denegar beneficios futuros, entablar acciones jurídicas en contra de un Participante y/o su Dependiente y/o descontar de cualesquiera beneficios futuros el valor de los beneficios que el Plan ha pagado en relación con información errónea o representaciones falsas hechas ante el Plan, en el caso de algún Participante, Dependiente u otra persona que obtengan beneficios indebidamente por medio de representaciones falsas o fraude. El Fondo también puede notificar a las autoridades legales si un Participante, Dependiente o alguna otra persona presenta una reclamación falsa.

Selección de proveedores de servicios

El uso de los servicios de algún Hospital, clínica, Médico u otro proveedor que presta servicios de atención médica es un acto voluntario del Participante o Dependiente. Nada de lo estipulado en este manual o en otros lugares se propone como recomendación o instrucción de uso de ningún proveedor. Usted debe seleccionar a un

proveedor o curso de tratamiento sobre la base de los factores que usted considere apropiados. Todos los proveedores son contratistas independientes, y no son empleados del Fondo. El Fondo no ofrece manifestación alguna sobre la calidad del servicio o el tratamiento de ningún proveedor y no es responsable de ninguna acción cometida u omitida por ningún proveedor en conexión con la cobertura del Fondo. El proveedor es el único responsable de los servicios y tratamientos brindados.

Declaraciones de información al IRS y declaraciones al pagador secundario de Medicare

Es posible que reciba una carta del Fondo o del administrador externo pidiéndole que confirme o provea información del número de Seguro Social de sus Dependientes inscritos. Por lo general, Medicare requiere que el administrador externo del Plan provea esa información de manera electrónica. Para ver la ALERTA de los Centros de Servicios de Medicare y Medicare (Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS) que ofrece información sobre la autoridad para solicitar el número de Seguro Social, visite www.cms.hhs.gov/MandatoryInsRep. Vaya a la sección de descarga (Downloads) y seleccione la ALERTA del 23 de junio de 2008.

Además, el Fondo debe obtener los números de Seguro Social de todos los Dependientes inscritos a fin de cumplir con los requisitos de declaración al IRS de la ley ACA.

El no proporcionar esta información podría resultar en la cancelación de la cobertura de su Dependiente.

No se garantiza el empleo

Nada de lo que contiene este Resumen de la Descripción del Plan/Documento del Plan deberá interpretarse como un contrato de empleo entre un Empleador y algún empleado, ni como el derecho de ningún empleado a continuar empleado por un Empleador, ni como limitación del derecho de un Empleador a despedir a cualquiera de sus empleados, con o sin causa.

Disposición de no asignación

Salvo en el caso de asignaciones a proveedores de atención médica que se requieren en los acuerdos con el Fondo, su derecho de recibir beneficios bajo el Plan no se puede asignar, voluntaria o involuntariamente, a ninguna otra persona. No puede, en ningún momento, asignar su derecho a hacer una reclamación o a entablar una demanda para recuperar beneficios bajo el Plan, a hacer cumplir los derechos concedidos bajo el Plan, ni a ninguna otra causa de acción que pudiera tener en contra del Plan, sus representantes, sus fiduciarios, sus Síndicos o cualquier otra persona.

Representación falsa o fraude

En la medida que lo permita la ley, el Administrador del Plan, los Administradores Externos y los Administradores de Reclamaciones se reservan el derecho de eliminar

los beneficios de un Empleado o Dependiente, denegar beneficios futuros, entablar acciones jurídicas en contra de Empleados o Dependientes y/o descontar de cualesquiera beneficios futuros el valor de los beneficios que el Plan ha pagado en relación con información errónea o representaciones falsas hechas ante el Plan, en el caso de alguna persona que obtenga beneficios indebidamente por medio de representaciones falsas o fraude.

SECCIÓN 11

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

El Fondo cumplirá con las Reglas de Privacidad y Seguridad de la Información Médica Personal promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) [Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996] . Conforme a dichas reglas, el Fondo protegerá la confidencialidad de la información médica protegida por la ley HIPAA y bloqueará o limitará la divulgación de esa información a los Síndicos, Empleadores, el Sindicato, miembros de su familia, proveedores de servicios, y terceros adicionales. La información médica protegida será divulgada únicamente (1) en la medida autorizada por la Persona Cubierta; (2) según sea necesario para administrar el plan, incluidos la revisión y el pago de reclamaciones y apelaciones; o (3) según de otro modo lo autorice o lo requiera la ley. Puede autorizar la divulgación de su información médica protegida a terceros si firma una autorización por escrito y la presenta en la Oficina del Fondo. También puede cancelar cualquier autorización previa que le haya dado al Fondo por escrito si presenta una cancelación de la autorización por escrito en la Oficina del Fondo. Puede solicitar estos formularios en la Oficina del Fondo.

El Fondo les ha dado a los participantes un Aviso de las Prácticas de Privacidad de la Información Médica Protegida. Si necesita una copia del Aviso o desea obtener información adicional sobre el uso y la divulgación de la información médica protegida por parte del Fondo, o sobre sus derechos respecto de dicha información, puede comunicarse con la Oficina del Fondo.

SECCIÓN 12

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA LEY ERISA

Las leyes y los reglamentos federales requieren la siguiente declaración de derechos de la ley ERISA:

Como Participante en el Plan de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y sus beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, como las instalaciones de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, entre ellos los contratos de seguro y los Convenios Colectivos, y una copia del más reciente informe anual (formulario de la Serie 5500) presentado por el Plan al Departamento del Trabajo de EE. UU. que está disponible en la Sala de Divulgación Pública (Public Disclosure Room) de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.
- Obtener, bajo previa petición por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen las operaciones del Plan, entre ellos los contratos de seguro y los Convenios Colectivos, así como copias del más reciente informe anual (formulario de la Serie 5500) y un Resumen de la Descripción del Plan actualizado. El administrador podría cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan le provea a cada Participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del plan médico grupal

- Continuar la cobertura de atención médica para usted, su Cónyuge o sus Dependientes si ocurre una pérdida de cobertura bajo el Plan causada por un evento determinante. Usted o sus dependientes podrían tener que pagar por dicha cobertura. Examinar este Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan, para obtener más información sobre sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Medidas prudentes de los Fiduciarios del Plan

- Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de operar el plan de beneficios de los empleados. Las personas que operan el Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y por el interés suyo y el de los demás Participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su Empleador, Sindicato o ninguna otra persona, puede despedirlo ni discriminar en contra suya de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio o que ejerza sus derechos bajo ERISA.

Hacer valer sus derechos

- Si se deniega, total o parcialmente, su reclamación de beneficios, tiene derecho a saber por qué, a obtener gratuitamente copias de los documentos relativos a la decisión y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de ciertos plazos límite. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsideré su reclamación.
- Bajo la ley ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita materiales del Plan y no los recibe a más tardar en 30 días, puede entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría ordenar al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y que le pague un máximo de \$110 al día hasta que los reciba, a menos que no se hayan enviado por motivos fuera del control del administrador. Si tiene una reclamación de beneficios que se deniega o ignora, total o parcialmente, puede entablar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o con la falta de dicha decisión, respecto del estado de clasificación de una orden de proporcionar apoyo médico a los hijos, puede entablar una demanda en un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios del Plan malversan el dinero del Plan, o si se discrimina en contra suya por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda del Departamento del Trabajo de EE. UU., o bien puede entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos del tribunal y honorarios de abogado. Si gana el pleito, el tribunal podría ordenar que la persona a quien usted demandó pague estos costos y honorarios. Si pierde el pleito, el tribunal podría ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios; por ejemplo, si determina que su reclamación es frívola.

Ayuda con sus preguntas

- Si tiene alguna pregunta acerca del Plan, debe comunicarse con el Administrador Externo. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de EE. UU. que aparece en el directorio telefónico o con la División de Ayuda y

Consultas Técnicas (Division of Technical Assistance and Inquiries) de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo de EE. UU. a la siguiente dirección: 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de conformidad con la ley ERISA llamando a la línea directa de ayuda para publicaciones de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.

- Aunque esta declaración hace hincapié en sus derechos a entablar una demanda o solicitar asistencia del Departamento del Trabajo, es poco probable que las disputas requieran de tal acción. El procedimiento de revisión de reclamaciones deberá poder satisfacer las necesidades de todo Participante. En casos extremos, si pareciera ser necesario entablar un pleito legal, el Administrador Externo ha sido designado como agente para recibir notificaciones de diligencia judicial. Las notificaciones de diligencia judicial también pueden ser dirigidas a cualquier Síndico.