

HEAT AND FROST INSULATORS

AND

ASBESTOS WORKERS

HEALTH AND WELFARE TRUST FUND

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Para los mecánicos activos elegibles y sus dependientes elegibles

Revisado el 1 de enero de 2023

Atención: Si usted está clasificado como técnico especializado (*journeyman*) del Local 5 o del Local 135, Técnico de seguridad/Incendios, Aprendiz del Local 5 de 1º a 5º año, Aprendiz del Local 135 de 1º a 5º año, o pre-aprendiz/auxiliar del Local 135, tiene derecho a las prestaciones de este Plan. Sin embargo, ciertas clasificaciones de empleados tienen acceso a prestaciones limitadas en virtud de este Plan. Si es un pre-aprendiz/ayudante del Local 135, sólo tiene derecho a la auto cobertura y sólo puede recibir estas prestaciones en el marco del plan médico y el plan dental de pago por servicio. La cobertura de los dependientes del Local 135 pre-aprendiz/auxiliar está disponible en régimen de auto cobertura. Si usted es un aprendiz o ayudante del Local 135 o un ayudante, aprendiz o técnico de incendios/seguridad del Local 5, tiene derecho a todas las opciones de prestaciones médicas y dentales que ofrece el Fideicomiso para usted y su familia. Póngase en contacto con la oficina administrativa llamando al (800) 433-6692 si tiene preguntas sobre las prestaciones que le ofrece el Plan, tal y como se describen en esta Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) y en el Documento del Plan.

**HEAT AND FROST INSULATORS AND ASBESTOS WORKERS
HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
MECÁNICOS**

Oficina administrativa

BeneSys Administrators
1050 Lakes Drive, Suite 120
West Covina, CA 91790
(800) 433-6692

Fideicomisarios del Empleador

Patrice Reynolds, Co-Chairman
Michael Curtin
Ernie A. Martinez (Suplente)
Craig Skeie

Fideicomisarios del Sindicato

Michael Patterson, Chairman
Daniel Haguewood
Eddy Pena
Fred Flores (Suplente)

Asesor

Rael & Letson
2929 Campus Drive, Suite 400
San Mateo, CA 94403
(650) 341-3311

Asesor legal

Wohlner Kaplon Cutler Halford Rosenfeld & Levy
16501 Ventura Blvd., Suite 304
Encino, CA 91436
(818) 501-8030

HEAT AND FROST INSULATORS AND ASBESTOS WORKERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND

A los mecánicos en activo:

Nos complace proporcionarles este nuevo folleto que describe las prestaciones del Fondo disponibles para los mecánicos en activo que reúnan los requisitos y sus dependientes.

Revise detenidamente este folleto para obtener información sobre el derecho a las prestaciones del Fondo. Este folleto constituye su Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan ("SPD") e incluye información importante para ayudarle a entender y acceder adecuadamente a sus prestaciones. Para obtener un esquema o cualquier información adicional sobre sus otras prestaciones del Plan en virtud de cualquier plan de beneficios asegurado, consulte el folleto de seguro HMO o de Evidencia de Cobertura adecuado para el año del Plan en curso.

Puede elegir un plan médico asegurado y de medicamentos recetados ofrecido por el Fondo, cuyas prestaciones se describen con más detalle en folletos separados disponibles en la Oficina Administrativa, o el plan médico de pago por servicio descrito en este folleto. Si elige la cobertura de una de las opciones del plan asegurado, los folletos individuales de Evidencia de Cobertura deben leerse junto con esta DSP para determinar la elegibilidad y las prestaciones proporcionadas por el plan asegurado, ya que estos documentos constituyen en conjunto el Documento del Plan para los planes asegurados. Usted realiza su selección del plan cuando adquiere el derecho a las prestaciones por primera vez. Podrá cambiar su selección de plan una vez que haya estado en su selección actual durante un mínimo de doce (12) meses. El plan que elija se aplicará a usted y a sus dependientes elegibles.

Le recomendamos que se ponga en contacto con la Oficina Administrativa antes de incurrir en gastos por hospitalizaciones costosas, pruebas ambulatorias o procedimientos quirúrgicos para que conozca las prestaciones del plan por adelantado. Analice los costes del tratamiento propuesto y las posibles alternativas antes de recibir el tratamiento. El plan médico de pago por servicio incluye una red de proveedores preferidos, por lo que recibirá mayores prestaciones e incurrirá en menos gastos de su bolsillo si recurre a estos proveedores. Además, el pago de las prestaciones está sujeto a ciertas limitaciones y exclusiones, así como a los procedimientos de revisión de la utilización que se describen con más detalle en este folleto.

Puede seleccionar el plan dental de prepago que ofrece el Fondo y que se describe en un folleto aparte disponible en la Oficina Administrativa o el plan dental de pago por servicio que se describe en este folleto. Usted realiza su selección cuando adquiere el derecho a las prestaciones por primera vez. Podrá cambiar su selección de plan una vez que haya estado en su selección actual durante un mínimo de doce (12) meses. El plan que elija se aplicará a usted y a sus dependientes elegibles.

La descripción del plan de visión figura en un folleto aparte.

Las prestaciones del seguro de vida, la prestación por muerte accidental y desmembramiento, la prestación de atención quiropráctica, el programa para dejar de fumar y las prestaciones de vitaminas y minerales descritas en este folleto se aplican actualmente a todos los mecánicos que reúnen los requisitos, independientemente de las opciones médicas o dentales seleccionadas.

La naturaleza y el alcance de las prestaciones proporcionadas por el Plan y las normas que rigen la elegibilidad son determinadas única y exclusivamente por la Mesa Directiva. La Mesa Directiva también tendrá plena discreción y autoridad para interpretar el Plan y decidir cualquier cuestión de hecho relacionada con la elegibilidad y el alcance de las prestaciones proporcionadas por el Plan. Dichas interpretaciones y conclusiones de hecho son definitivas y vinculantes para los participantes, sus dependientes y los proveedores.

En virtud de la autoridad otorgada a la Mesa Directiva en virtud del Plan, ésta ha delegado las tareas administrativas rutinarias del Plan a un administrador externo, BeneSys Administrators. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina Administrativa en los números de teléfono y/o la dirección que se indican más adelante en este folleto. El personal estará encantado de ayudarle.

Atentamente,

LA MESA DIRECTIVA

Este folleto está escrito en inglés. Si tiene alguna dificultad para entender esta descripción resumida del plan, póngase en contacto con la oficina administrativa.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Esta Descripción Resumida del Plan y el Documento del Plan proporcionan una descripción de las prestaciones proporcionadas por este Plan. Las prestaciones proporcionadas se rigen por esta Descripción Resumida del Plan y el Documento del Plan, el Acuerdo Fiduciario y los contratos con diversos proveedores.

Fuente de información autorizada

Las preguntas relacionadas con la elegibilidad, las prestaciones u otros asuntos deben dirigirse a la Oficina Administrativa. El Administrador es BeneSys, ubicado en 1050 Lakes Drive, Suite 120, West Covina, CA 91790. Sólo las **declaraciones escritas** del Administrador y de sus agentes y representantes legales autorizados proporcionan información autorizada. **Las declaraciones orales o las declaraciones de otros representantes no son fuentes de información autorizadas.**

Cambios en las prestaciones y finalización del plan

Las prestaciones disponibles para usted en virtud de este Plan han sido adoptadas por los Fideicomisarios sobre la base de la mejor información disponible en cuanto al costo de las prestaciones y las contribuciones previstas en los acuerdos de negociación colectiva entre el Sindicato y los empleadores.

Los Fideicomisarios tienen el derecho, a su única y absoluta discreción, de cambiar o eliminar cualquiera o todas las prestaciones de este Plan, de interpretar los términos del Plan, de determinar o cambiar las normas de elegibilidad, las prestaciones máximas, el deducible, los índices de auto pago y cualquiera o todos los términos del Plan y de resolver cualquier ambigüedad en el Plan. La notificación de cualquier cambio se le proporcionará al menos sesenta (60) días antes de la fecha de entrada en vigor del mismo, cuando así lo exija la ley.

Los Fideicomisarios, a su única y absoluta discreción, podrán poner fin a cualquiera de las prestaciones previstas o exigir el auto pago de las mismas. El Sindicato y los Empleadores también pueden dar por terminado el Fideicomiso a través de la negociación colectiva. Si el Fideicomiso se extingue, todas las prestaciones cesarán una vez que se hayan desembolsado los activos del Fideicomiso.

Descargo de responsabilidad

Las prestaciones médicas y odontológicas de pago por servicio que se describen en esta DSP y en el Documento del Plan no están aseguradas por ningún contrato de seguro y no existe ninguna responsabilidad por parte de la Mesa Directiva ni de ningún individuo o entidad de proporcionar pagos por encima de las cantidades del Fideicomiso recaudadas y disponibles para tales fines. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de modificar o finalizar cualquiera de las prestaciones descritas, aunque dicha finalización o modificación pueda afectar a las reclamaciones ya acumuladas, incluida la alteración de las normas de elegibilidad.

En la página 19 de este folleto encontrará información adicional sobre la exención de responsabilidad y la modificación y terminación de las prestaciones.

REQUISITOS FEDERALES PARA LAS PRESTACIONES

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y de las madres

Derechos especiales en caso de parto

Los planes de salud colectivos no pueden, por lo general, restringir las prestaciones por la duración de la estancia hospitalaria en relación con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, en general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas, en su caso). En cualquier caso, los planes no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que el proveedor obtenga la autorización del Plan para prescribir una duración de la estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Nota: Según los términos del Plan de Cuotas, no se pagará ninguna prestación con respecto a cualquier ingreso hospitalario de un hijo dependiente a causa del embarazo, el parto, el aborto espontáneo o el aborto, excepto en el caso de complicaciones involuntarias del embarazo.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Derechos especiales relativos a la cobertura de la mastectomía

De acuerdo con la ley federal, los planes de salud colectivos que proporcionan cobertura para las mastectomías (el suyo lo hace) también están obligados a proporcionar cobertura para la cirugía reconstructiva y las prótesis después de las mastectomías. En concreto, la ley obliga a que una participante o beneficiaria elegible que esté recibiendo prestaciones por una mastectomía cubierta y que elija la reconstrucción mamaria en relación con una mastectomía, reciba también cobertura para lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de todas las fases de la mastectomía, incluidos las linfedemas.

Esta cobertura se proporcionará en consulta con la paciente y el médico que la atiende y está sujeta a las mismas estipulaciones de deducible anual, coaseguro y/o copago que se aplican en el Plan. Si tiene preguntas sobre su cobertura, llame a la Oficina Administrativa.

REFERENCIA RÁPIDA DE COBRA

En virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés), usted y sus dependientes elegibles (beneficiarios calificados) pueden continuar con la cobertura de atención médica más allá de la fecha en que la cobertura terminaría normalmente bajo ciertas circunstancias (eventos calificativos). Usted y sus Dependientes elegibles deberán pagar el costo total de la cobertura más el dos por ciento por concepto de administración para que ésta continúe.

Un "Beneficiario calificado", tal como se define en COBRA, es cualquier individuo que el día anterior a un evento calificativo estaba cubierto por este Plan en virtud de ser, en ese día, el Empleado, el cónyuge de un empleado o un hijo dependiente de un empleado. Un hijo nacido o dado en adopción a un empleado durante un período de Cobertura de Continuación COBRA será un beneficiario calificado con sus propios derechos COBRA.

Las circunstancias en las que se puede continuar la cobertura de atención médica y la duración de la Cobertura de Continuación se describen en el siguiente cuadro:

Evento calificativo	Beneficiario calificado	Máximo periodo de continuación
Reducción en la jornada del empleado	Empleado, cónyuge e hijos dependientes	18 meses después de la fecha del evento calificativo
Cese de la relación laboral del empleado, salvo por falta grave	Empleado, cónyuge e hijos dependientes	18 meses después de la fecha del evento calificativo
Fallecimiento del empleado cubierto por el Plan. Consulte las extensiones especiales de cobertura para cónyuges y dependientes en la página 11.	Cónyuge e hijos dependientes	36 meses después de la fecha del evento calificativo
Divorcio o separación legal de un empleado con derecho a cobertura	Cónyuge e hijos dependientes	36 meses después de la fecha del evento calificativo
Pérdida de la condición de menor dependiente en el Plan	Hijo dependiente afectado	36 meses después de la fecha del evento calificativo
Derecho del empleado cubierto a Medicare: (1) antes de un primer evento calificativo (2) segundo evento calificativo	Cónyuge e hijos dependientes	(1) Lo que ocurra más tarde, 18 meses después del evento calificativo o 36 meses después de la fecha en que el empleado tenga derecho a Medicare (2) 6 meses después de la fecha del evento calificativo inicial

Consulte las páginas **Error! Bookmark not defined.** – 14 para obtener una descripción completa de las estipulaciones de la cobertura de continuación COBRA.

REFERENCIA RÁPIDA – CONTACTOS IMPORTANTES

Información necesaria	A quién contactar
<p>Información sobre la elegibilidad</p> <p>Solicitud para formularios de reclamación</p> <p>Información sobre reclamaciones:</p> <p>Seguro de vida y AD&D</p> <p>Plan médico de pago por servicio</p> <p>Prestaciones de quiropráctica</p> <p>Prestaciones de vitaminas y minerales</p> <p>Prestaciones del programa para dejar de fumar</p> <p>Plan dental de pago por servicio</p>	<p>Oficina Administrativa (BeneSys Administrators)</p> <p>(800) 433-6692</p> <p>1050 Lakes Drive, Suite 120</p> <p>West Covina, CA 91790</p> <p>www.hfawbenefits.org</p>
Línea de ayuda para dejar de fumar	<p>En California - (800) 662-8887 (inglés)</p> <p>(800) 456-6386 (español)</p> <p>En Nevada y otros estados excepto California:</p> <p>(800) QUIT NOW o</p> <p>(800) 784-8669</p>
Información y formularios de las prestaciones para cuidado de la vista	<p>Vision Service Plan</p> <p>Servicio al cliente - (800) 877-7195</p> <p>333 Quality Drive</p> <p>Rancho Cordova, California 95670</p> <p>Envíe por fax las reclamaciones fuera de la red a:</p> <p>(916) 851-5152</p> <p>Sitio web: www.vsp.com</p>
Plan médico de pago por servicio: Certificación de preadmisión hospitalaria, revisión de la estancia continuada; programa de revisión previa al procedimiento	<p>Anthem Blue Cross 1-800-274-7767</p> <p>De lunes a Viernes: 7:30 a.m. – 5:00 p.m.</p> <p>Sitios web: www.anthem.com/ca para proveedores en CA o www.bcbs.com fuera de CA</p>
OptumRx (nombre anterior, Prescription Solutions)	<p>Teléfono: (800) 797-9791</p> <p>Sitio web: www.optumrx.com</p>
Kaiser Foundation Health Plan	<p>Teléfono: (800) 464-4000</p> <p>Sitio web: www.healthy.kaiserpermanente.org</p>
UnitedHealthcare in California	<p>Teléfono: (800) 624-8822</p> <p>Sitio web: www.myuhc.com</p>
UnitedHealthcare in Nevada	<p>Teléfono: (800) 347-8600</p> <p>Sitio web: www.myuhc.com</p>
UnitedHealthcare Dental (Nevada)	<p>Teléfono: (800) 926-0925</p> <p>Sitio web: www.myuhc.com</p>
DeltaCare USA (California)	<p>Teléfono: (800) 422-4234</p> <p>Sitio web: www.deltadentalins.com/deltacare</p>
First Dental Health (Indemnity Plan)	<p>Teléfono: (800) 334-7244</p> <p>Sitio web: www.firstdentalhealth.com</p>

CONTENIDO

	<u>Página</u>
ESQUEMA DE PRESTACIONES	1
NORMAS DE ELEGIBILIDAD	4
Elegibilidad inicial	4
Continuación de la elegibilidad	4
Elegibilidad del propietario/operador	4
Banco de horas	5
Dependientes elegibles	5
Órdenes de apoyo médico infantil calificadas	6
Cuando se recibe una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada	6
Cuando entra en vigor la cobertura de los dependientes	7
Derechos especiales de inscripción	7
Cuando finaliza su cobertura	7
Restablecimiento de la cobertura	8
COBERTURA CONTINUA MIENTRAS ESTÁ EN EL SERVICIO UNIFORMADO	8
Restablecimiento de la elegibilidad tras el servicio uniformado	9
LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA	9
Cuando finaliza la cobertura de su dependiente	9
Extensiones especiales	10
Estipulaciones de auto pago	10
Cobertura de continuación COBRA	11
Pago de las primas	13
No hay cobertura durante el periodo de selección	13
Requisitos de notificación	14
Finalización de la cobertura	14
Otras opciones disponibles para usted cuando finalice la cobertura del Plan	14
ELECCIÓN DE PLANES PARA MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES	15
Médico	15
Dental	15
Otras coberturas	16
Cuando hacer su selección del plan de salud	16
Como hacer su selección de plan de salud	16
PRESTACIONES PARA JUBILADOS	16
OTROS DATOS	18
Tarjeta de inscripción	18
Normas y reglamento de la póliza	18
Presentación oportuna de reclamaciones	18
Financiamiento	18
Recuperación de pagos de prestaciones realizados por error	18
Descargo de responsabilidad	19
Modificación y terminación	19
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES – PAGO POR SERVICIO PLANES MÉDICOS DENTALES	19
Regla de pago	19
Cómo se calculan las prestaciones	20
Coordinación de prestaciones con acuerdos de proveedores preferidos	20

CONTENIDO (Continuación)

	<u>Página</u>
PRESTACIONES DE MEDICARE	21
Para los afiliados activos y sus dependientes	21
Prestaciones de Medicare por incapacidad total	21
Selección de Medicare como Plan primario.....	21
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS – EXCLUSIÓN DE PRESTACIONES	21
ENFERMEDAD O LESIÓN LABORAL.....	24
PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	25
Presentar una reclamación	26
Reclamaciones presentadas.....	27
Plazos para la toma de decisiones iniciales	28
Requisitos de notificación para una reclamación inicial	30
Presentar una apelación	30
Plazos para la toma de decisiones en materia de apelación.....	31
Derechos adicionales en la apelación	31
Requisitos de notificación para la denegación en la apelación	32
Procedimientos de apelación en el plan médico de pago por servicio	33
El procedimiento de revisión externa.....	33
Revisión externa acelerada	34
Derecho a interponer una acción civil.....	35
SEGURO DE VIDA – PARA TODOS LOS MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES	35
Las prestaciones	35
Seguro durante la incapacidad total	35
Su beneficiario	35
Como continuar con su seguro de vida si pierde la elegibilidad.....	35
SEGURO DE VIDA PARA SU FAMILIA – PARA TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES DE MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES	36
Las prestaciones	36
PRESTACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL – PARA TODOS LOS MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES	36
Las prestaciones	36
Exclusiones	37
PRESTACIONES MÉDICAS DE PAGO POR SERVICIO - PARA MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN MÉDICO DE PAGO POR SERVICIO.....	38
¿Cómo funciona el plan médico de pago por servicio?	38
¿Qué es el deducible?	38
Limitaciones de la prestación máxima anual	39
Porcentaje a pagar.....	39
¿Qué son los gastos cubiertos?	40
Dependencia química	43
Prestaciones del programa para dejar de fumar	43
Otros servicios y suministros	44
Prestaciones especiales de atención médica alternativa	45
Exclusiones médicas.....	45

CONTENIDO (Continuación)

	<u>Página</u>
¿Existen prestaciones después de perder mi elegibilidad?.....	45
¿Qué es el certificado de preadmisión?	46
¿Cómo funciona el programa?	46
¿Qué es la revisión de la estancia continuada?	46
¿Qué ocurre en las hospitalizaciones de emergencia?	47
¿Cómo afecta el programa a las prestaciones médicas?.....	47
¿Cómo funciona el programa?	47
PRESTACIONES DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE PAGO POR SERVICIO.....	48
Farmacia minorista participante	48
Farmacia de servicio por correo	48
Cómo utilizar el programa de servicio de correo	48
¿Qué está cubierto?.....	50
Exclusiones	50
PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS DE PAGO POR SERVICIO – PARA TODOS LOS MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES.....	51
¿Cuál es el deducible?.....	52
Predeterminación de prestaciones	52
¿Qué son los servicios dentales cubiertos?	52
Estipulaciones de prestaciones alternativas	53
Exclusiones dentales	53
¿Existen prestaciones después de perder la elegibilidad?.....	54
EXCLUSIONES GENERALES - PRESTACIONES MÉDICAS Y DENTALES DE PAGO POR SERVICIO	54
DEFINICIONES	55
INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974.....	60

ESQUEMA DE PRESTACIONES

PARA USTED - PROPORCIONADO POR UNITED OF OMAHA

(Se proporciona independientemente de su selección de plan médico o dental)

SEGURO DE VIDA \$10,000

PRESTACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Cantidad principal \$20,000

PARA SUS DEPENDIENTES – PROPORCIONADO POR MUTUAL OF OMAHA

(Se proporciona independientemente de su selección de plan médico o dental)

SEGURO DE VIDA

Cónyuge \$1,000

Hijos:

Menores de 6 meses \$100

6 meses, pero menor de 21 años (23 años si es estudiante) \$500

ASISTENCIA EN VIAJE – PROPORCIONADO POR MUTUAL OF OMAHA

Evacuación de emergencia, repatriación, devolución de los restos mortales y otros servicios de asesoramiento prestados a todos los miembros que reúnan los requisitos. Los cónyuges e hijos dependientes también son elegibles. Los viajes de hasta 90 días y a 100 millas o más de su domicilio están cubiertos hasta \$100,000 por persona y por evento. Consulte el certificado de cobertura separado proporcionado por Mutual of Omaha para conocer las estipulaciones específicas de las prestaciones o póngase en contacto con la Oficina Administrativa.

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Planes médicos asegurados: si reúne los requisitos para seleccionar una de las opciones de planes médicos asegurados para usted y sus dependientes que reúnan los requisitos, recibirá un esquema de prestaciones por separado en el que se describen las prestaciones que usted y sus dependientes que reúnen los requisitos recibirán en virtud del plan, Si usted y sus dependientes que reúnen los requisitos están cubiertos por un plan médico asegurado, también estarán cubiertos por las siguientes prestaciones que se incluyen en la sección de prestaciones del plan médico de pago por servicio en la página 38 Atención quiropráctica, prestaciones del programa para dejar de fumar y prestaciones de vitaminas y minerales.

Si selecciona el plan médico de pago por servicio para usted o sus dependientes, el Fondo le proporcionará las siguientes prestaciones:

PRESTACIONES MÉDICAS DE PAGO POR SERVICIO

Para proveedores de PPO:

Cantidad deducible para cada individuo \$200 por año civil
(Un máximo de \$400 por familia y por año civil)

Para proveedores no PPO:

Si se encuentra en el área de servicio de PPO, la cantidad del deducible por individuo... \$400 por año civil
(Un máximo de \$800 por familia y por año civil)

El deducible no se aplica a los gastos debidos a un accidente, a los cargos por tratamiento quiropráctico, a los cargos por vitaminas y minerales recetados por un médico, a las prestaciones del programa para dejar de fumar, a los cargos por internamiento en un Hospital PPO, a los cargos de un centro de partos o por exámenes físicos rutinarios con un proveedor PPO, y a los cargos en relación con la Atención paliativa.

Prestación máxima

Prestación máxima anual: No existe una prestación máxima anual para los Servicios médicos preventivos, pero puede estar sujeta a limitaciones para determinados servicios, como se indica a continuación:

Para los proveedores no PPO:

\$100 por cargos médicos y \$150 por pruebas relacionadas para exámenes físicos de rutina (sólo para dependientes) una vez cada tres años hasta los 40 años; una vez cada dos años hasta los 50 años y anualmente a partir de entonces; y una consulta al año para examen ginecológico de rutina y para pruebas relacionadas.

Para proveedores PPO y no PPO:

- Tratamiento quiropráctico, incluyendo cualquier servicio de rayos X o de laboratorio, limitado a 20 consultas durante un año civil.
- El tratamiento de acupuntura está limitado a \$30 por consulta y a 50 consultas por año civil

Porcentaje pagable:

Accidente	100% de los primeros \$300 de gastos cubiertos por accidente
Hospital de PPO, otro proveedor de PPO o atención de emergencia de un proveedor no PPO.....	85%
Hospital no PPO u otro proveedor no PPO	50%
Hospital no PPO u otro proveedor no PPO para servicios fuera del área	80%
CENTRO DE CUIDADOS PROLONGADOS	80%
Los gastos de alojamiento y manutención se limitan al 50% del índice semiprivado del hospital, hasta un máximo de 60 días por hospitalización.	
Centro de partos	90%
Cuidado paliativo	100%
Acupuntura	50%
Los CARGOS PERMITIDOS se limitan a \$30 por consulta y a 50 consultas por año civil.	
Tratamiento quiropráctico	80%
Los CARGOS ADMITIDOS están limitados a 20 consultas por año civil.	
Todos los demás gastos cubiertos	80%
Prestaciones de atención preventiva proporcionadas por un proveedor PPO	100%
Prestaciones de medicamentos recetados de pago por servicio:	
Medicamentos con receta para pacientes externos porcentaje a pagar	80%

Plan médico: después de que el afiliado incurra en \$15,000 de cargos cubiertos pagaderos al 80%, 85% o 90%; el plan pagará el 100% de los gastos de PPO durante el resto del año civil. El desembolso máximo será de \$3,000 por individuo y \$6,000 por familia y excluye los cargos pagables al 50%, a menos que lo exija la ley (cargos no PPO, excepto los de emergencia) pero incluye el deducible PPO de \$200.

Plan de medicamentos recetados: el afiliado paga el 20% de los gastos de medicamentos cubiertos en el mostrador. Una vez que el individuo haya pagado \$3,600 de gastos en ventanilla (\$7,200 por familia), el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos durante el resto del año civil.

En ningún caso el desembolso máximo combinado de los gastos médicos y de medicamentos recetados superará los \$6,600 por individuo y los \$13,200 por familia.

Planes dentales de prepago - Si usted es elegible para seleccionar una de las opciones del Plan Dental de Prepago para usted y sus dependientes elegibles, recibirá un esquema de prestaciones por separado que describe las prestaciones que usted y sus dependientes elegibles recibirán bajo el Plan.

Si selecciona el Plan Dental de Pago por Servicio para usted o sus dependientes elegibles, las siguientes prestaciones serán proporcionadas por el fondo:

PRESTACIONES DENTALES DE PAGO POR SERVICIO

Deducible por año civil	\$50 por persona; se exime de los servicios de diagnóstico y prevención
Máximo del plan dental	\$3,000 por persona cada dos periodos de año civil consecutivos para gastos no ortodónticos
(No hay un año civil máximo para los dependientes de 18 años o menos.)	
Servicios de diagnóstico y prevención	100% de TODOS los gastos permitidos
Servicios básicos	80% de CARGOS PERMITIDOS
Ortodoncia.....	Cubierto hasta un máximo de por vida de \$2,500 por hijo dependiente solamente. NO CUBRE a los participantes mayores de 18 años.
Implantes	NO SE CUBRE
Servicios de periodoncia y endodoncia	80% de CARGOS PERMITIDOS
Restauraciones mayores (sólo coronas, puentes y dentaduras)...	50% de CARGOS PERMITIDOS

NOTA: Los CARGOS PERMITIDOS se definen en la página 58.

Debe presentar su reclamación de prestaciones médicas y dentales de pago por servicio en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que se prestaron los servicios o suministros.

NORMAS DE ELEGIBILIDAD

Las normas de elegibilidad descritas en este folleto se aplican a todas las prestaciones proporcionadas a través del Fondo a los mecánicos en activo y a sus dependientes elegibles, incluidos los planes HMO opcionales, y pueden modificarse de vez en cuando a discreción única y absoluta de los Fideicomisarios.

Elegibilidad inicial

Para establecer su elegibilidad, debe trabajar para los empleadores que cotizan al menos 320 horas durante un periodo de tres meses consecutivos. Su cobertura comenzará el primer día del segundo mes que siga al mes en que acumule el requisito de 320 horas.

Ejemplo:

- Si trabaja un total de al menos 320 horas durante enero, febrero y marzo, pasa a ser elegible el 1 de mayo.
- Si trabaja un total de al menos 320 horas durante enero y febrero, pasa a ser elegible el 1 de abril.
- Si trabaja un total de al menos 320 horas durante enero, pasa a ser elegible el 1 de marzo.

Continuación de la elegibilidad

Para mantener su elegibilidad debe trabajar para los empleadores que cotizan al menos 120 horas al mes. La cobertura se proporcionará durante el segundo mes siguiente al mes en el que se hayan trabajado las 120 horas.

Ejemplo:

- Si trabaja 120 horas durante el mes de abril, recibirá cobertura durante el mes de junio.

Para obtener información sobre la elegibilidad de los jubilados para las prestaciones del Plan, consulte la página 16 de este SPD

Elegibilidad del propietario/operador

Para ser elegible para las prestaciones del Plan, el Propietario/Operador debe estar claramente definido como una clase de empleado para la cual el Fideicomiso aceptará las cotizaciones.

El Propietario/Operador debe ser un empleado de una organización de empleadores aunque el Propietario/Operador pueda ser un propietario sustancial o único de la organización. A efectos prácticos, y para descartar cualquier duda que pueda surgir sobre la condición del Propietario/Operador en sociedades (tanto regulares como limitadas), empresas conjuntas y asociaciones empresariales similares, la única organización empleadora que el Fideicomiso reconocerá es una sociedad anónima. Si el Propietario/Operador es un empleado de una corporación, será considerado por el Fideicomiso como un empleado; si es un propietario en cualquier otro tipo de organización empresarial, no será reconocido como un empleado, y no será elegible para participar en el Plan.

Para que un Propietario/Operador sea elegible para participar en el Plan, deben cumplirse las siguientes condiciones:

1. El empleador de la empresa tiene un acuerdo de negociación colectiva por escrito con un sindicato local de *Allied Workers* que participe en el Fideicomiso.
2. El empleador corporativo debe cotizar al Fideicomiso en nombre de los propietarios/operadores participantes a un nivel de 173 horas mensuales. Este nivel de cotizaciones se aproxima al costo de mantener la cobertura de las prestaciones para el empleado Propietario/Operador, a la vez que permite el funcionamiento eficiente del Fideicomiso bajo la norma de horas definidas.
3. El Propietario/Operador debe dedicar más del 20% de su tiempo a trabajos del tipo cubierto por el acuerdo de negociación colectiva del empleador con un Local de *Asbesto Workers*.

No se permitirán los auto pagos en nombre de los Propietarios/Operadores, salvo lo dispuesto por COBRA.

La Mesa Directiva se reserva el derecho, en caso de que surjan resultados adversos para el Fideicomiso por aceptar estas cotizaciones de los Propietarios/Operadores, de suspender la recepción de dichas cotizaciones o modificar las condiciones en las que se aceptan.

Banco de horas

Las horas trabajadas en un mes que superen las 120 horas se acreditarán a su Banco de Horas hasta un máximo de **30 horas**.

Todos los mecánicos activos podrán acumular hasta **360** horas en su Banco de Horas.

Si trabaja menos de 120 horas para un empleador cotizante durante cualquier mes, se restará de su Banco de Horas el número de horas necesarias para totalizar 120. Si las horas trabajadas más las horas restantes en su banco de horas suman menos de 120 horas, se le dará la opción de auto pagar la diferencia entre esas horas y el requisito de 120 horas para ese mes de cobertura. El auto pago requerido para continuar con la cobertura será igual al índice de cotización por hora de los trabajadores actuales multiplicado por el número de horas necesarias para alcanzar el requisito de 120 horas para la cobertura de ese mes. El auto pago de las horas necesarias para la cobertura le permitirá continuar con la misma, pero no le permitirá restablecer la cobertura una vez perdida la elegibilidad.

Las horas en el Banco de Horas de un empleado se suspenderán durante el tiempo en que el empleado, ya sea que esté empleado activamente o no, pase a ser elegible para participar en cualquier otro Fondo de Salud y Bienestar, o durante el tiempo en que el empleado pase a estar empleado activamente en la industria del aislamiento, la protección contra incendios o la reducción del asbesto, por un empleador que no esté contribuyendo a este Fondo Fiduciario. Esta suspensión no podrá superar los 12 meses consecutivos, momento en el que se extinguirán las horas residuales.

Además, si un empleado tiene un período continuo de 12 meses sin ninguna cotización del Empleador, se perderán todas las horas en el Banco de Horas.

Dependientes elegibles

Para todas las prestaciones, excepto las del seguro de vida, sus dependientes elegibles son su cónyuge legal, su pareja doméstica registrada y sus hijos que sean:

- los hijos naturales menores de 26 años;
- cualquier hijo que deba ser reconocido en virtud de una Orden de apoyo médico infantil calificada.

Sus hijos también incluyen a las siguientes personas menores de 26 años:

- los hijos legalmente adoptados desde el momento en que el niño es puesto bajo su custodia;
- os hijos para los que se haya iniciado un procedimiento de adopción;
- los hijastros; y
- los hijos para los que usted haya sido nombrado tutor legal.

Para el seguro de vida; sus dependientes elegibles son su cónyuge legal y sus hijos solteros que sean:

- menores de 21 años; o
- entre 21 y 23 años de edad, si son estudiantes a tiempo completo en una institución educativa y dependen de usted para su apoyo financiero.

Cualquier cónyuge, pareja doméstica registrada o hijo que reúna los requisitos del plan como participante activo no se considerará también elegible como dependiente. Un hijo no se considerará dependiente de más de un participante activo elegible.

Un hijo elegible que cumpla 26 años y esté sujeto a la terminación de la afiliación según los términos del Plan, estará cubierto por el Plan hasta el final del mes en el que el hijo cumpla 26 años.

A menos que su pareja doméstica registrada sea considerada como dependiente fiscal, la ley federal exige que se paguen impuestos sobre el valor de los ingresos imputados de las prestaciones médicas de la pareja doméstica registrada. Por lo general, para que su pareja doméstica registrada sea considerada dependiente fiscal, su pareja doméstica registrada: 1) no debe ser hijo calificado de ningún cotizante, 2) debe ser ciudadano, nacional o residente legal de EE.UU. o residente de un país contiguo, 3) debe ser miembro del hogar del empleado durante todo el año fiscal y 4) debe recibir más de la mitad de su manutención del empleado.

El Fideicomiso no proporciona asesoramiento fiscal o legal, por lo que debe consultar a su asesor fiscal o abogado. Si su pareja doméstica registrada se considera su dependiente fiscal, puede presentar un certificado escrito y notariado que indique que su pareja doméstica registrada es su dependiente fiscal a efectos de los impuestos federales y que cumple los criterios indicados anteriormente.

Si su pareja doméstica registrada no es su dependiente a efectos de impuestos federales, se le facturarán mensualmente todos los impuestos federales aplicables en función del valor de los ingresos imputados de las prestaciones de su pareja doméstica registrada, según lo determine el Fideicomiso. Si no se recibe el pago completo de los impuestos a finales del mes en el que se factura, las prestaciones de su pareja doméstica registrada pueden finalizar. El administrador presentará los impuestos federales al IRS trimestralmente y emitirá un formulario W-2 anualmente. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con dicha Oficina Administrativa llamando al (800) 433-6692.

Órdenes de apoyo médico infantil calificadas

El Plan inscribirá a los hijos de un Empleado Elegible, según lo indicado por una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés). Una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada es cualquier sentencia, decreto u orden emitida por un tribunal o por una agencia administrativa bajo la ley estatal aplicable que tiene la fuerza de la ley estatal que:

- Proporciona al hijo de un empleado elegible la cobertura de un plan de prestaciones médicas, o
- Aplica una ley estatal relativa al apoyo médico infantil de acuerdo con la sección 1908 de la Ley del Seguro Social, que establece en parte que si el padre empleado elegible no inscribe al niño, entonces el padre no empleado o no participante o la agencia estatal puede inscribir al niño.

Para ser calificada, una orden de apoyo médico infantil debe especificar claramente:

- El nombre y la última dirección postal conocida del participante y el nombre y la dirección postal de cada uno de los hijos cubiertos por la Orden;
- Una descripción del tipo de cobertura que proporcionará el Plan a cada uno de esos hijos;
- El período al que se aplica la Orden; y
- El nombre de cada Plan al que se aplica la Orden.

Una Orden de Apoyo Médico Infantil no será válida si requiere que el Plan proporcione cualquier tipo o forma de prestaciones o cualquier opción que no esté prevista en este Plan, excepto en la medida necesaria para cumplir con la Sección 1908 de la Ley de Seguro Social.

El pago de las prestaciones por parte del Plan en virtud de una Orden de Apoyo Médico Infantil para reembolsar los gastos reclamados por un hijo se realizará al hijo o a su padre o tutor legal si así lo exige la Orden de Apoyo Médico Infantil.

No se denegará la inscripción a ningún hijo del participante que esté cubierto por una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada por el hecho de que el hijo no haya sido declarado como dependiente en la declaración federal de impuestos de los padres o no resida con ellos.

Cuando se recibe una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada

Los Fideicomisarios han adoptado un Procedimiento de Orden de Apoyo Médico Infantil Calificado, el cual está disponible previa solicitud a la Oficina Administrativa. Si el Fideicomiso recibe una orden propuesta o

definitiva, la Oficina Administrativa notificará al participante y a cada uno de los hijos nombrados en la orden. A continuación, se revisará la orden para determinar si cumple con la definición de "Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada". Dentro de un plazo razonable, se notificará la decisión al participante y a cada hijo nombrado en la orden. También se enviará una notificación a cada abogado u otro representante nombrado en la orden o en la correspondencia adjunta.

Si la orden no es calificada, la notificación dará la razón específica de la decisión. La(s) parte(s) que presente(n) la orden tendrá(n) la oportunidad de corregirla o de apelar la decisión a través del procedimiento de apelación que se explica en este folleto. **Si la orden es calificada**, la notificación dará instrucciones para inscribir a cada niño nombrado en la orden. Antes de la afiliación, deberá recibirse una copia de la totalidad de la orden de Apoyo Médico Infantil Calificado y los participantes deberán pagar por adelantado las cotizaciones requeridas para el/los hijo(s). Los hijos inscritos en virtud de una Orden Judicial de Apoyo Médico Infantil estarán sujetos a todas las estipulaciones aplicables a la cobertura de los dependientes en el Plan.

Cuando entra en vigor la cobertura de los dependientes

Sus dependientes elegibles comenzarán a estar cubiertos en la fecha en que su cobertura entre en vigor o en la fecha en que usted adquiera al dependiente, o el primer día de cualquier mes civil posterior a la inscripción del dependiente en la cobertura, lo que ocurra más tarde. Los dependientes pueden añadirse hasta 6 meses después de su elegibilidad inicial sólo si usted está inscrito en una de las opciones de seguro completo.

Derechos especiales de inscripción

Si reúne los requisitos para la cobertura del Plan y no se inscribió o eligió no inscribir a sus dependientes debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, incluida la cobertura de un plan de Medicaid o del Plan Estatal de Seguro Médico para Niños ("SCHIP"), es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de cotizar para usted o sus dependientes).

Si está inscrito en la opción de auto asegurado del Plan, sus dependientes que pierdan la cobertura de MediCal pueden ser añadidos hasta cuatro (4) meses después de que haya finalizado la cobertura de MediCal. Para todas las demás inscripciones especiales, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 60 días (6 meses para los planes HMO/PPO totalmente asegurados) después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Si usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir el subsidio estatal de asistencia a las primas de Medicaid o SCHIP, usted o su dependiente podrán tener derechos especiales de inscripción, pero deberán solicitar la inscripción en este Plan dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que se determine su elegibilidad para el subsidio (6 meses para los planes HMO/PPO totalmente asegurados).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción (6 meses para los planes HMO/PPO totalmente asegurados).

Cuando finaliza su cobertura

Su cobertura y la de sus dependientes finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- el último día del mes siguiente al mes en el que las horas trabajadas para los empleadores cotizantes más las horas de su Banco de Horas no sumen al menos 120 horas;
- el primer día del mes en el que la Oficina Administrativa no reciba el auto pago, en caso de que se requiera (consulte la página 10 para ver una descripción de las estipulaciones de auto pago del Fondo);
- la fecha en que su servicio militar a tiempo completo supere los 31 días.
- la fecha en que continúe trabajando para un empleador cotizante u otro empleador y haya recibido una notificación por escrito para dejar de trabajar para el empleador debido a un impago de cotizaciones

- si usted es un operador propietario y su empresa está en mora en el pago de sus cotizaciones.
- la fecha de finalización de los programas de prestaciones por parte de la Mesa Directiva.

Consulte las estipulaciones de "Extensión especial" para conocer las opciones de cobertura ampliada.

Restablecimiento de la cobertura

Si pierde su elegibilidad porque las horas que ha trabajado para los empleadores cotizantes más las horas de su banco de horas no suman al menos 120 horas, se le reincorporará como participante activo el primer día del segundo mes siguiente a la finalización de un mes en el que haya trabajado 120 horas. Deberá trabajar estas 120 horas en los 12 meses siguientes a la fecha en que perdió la elegibilidad. Si han transcurrido más de 12 meses desde que perdió la elegibilidad, deberá cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales que se detallan en la página 4, y sus horas residuales podrán ser canceladas.

COBERTURA CONTINUA MIENTRAS ESTÁ EN EL SERVICIO UNIFORMADO

Si un empleado elegible realiza un servicio en los Servicios Uniformados de los EEUU, la ley federal proporciona ciertos derechos para continuar la cobertura bajo este Plan. Un empleado elegible puede optar por continuar la cobertura hasta un máximo de 24 meses a partir de la fecha de inicio del servicio.

Los términos "Servicios Uniformados en los EEUU" y/o "Servicios Uniformados" significan los Servicios Armados (incluyendo la Guardia Costera), la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando están en servicio activo para entrenamiento, entrenamiento en servicio inactivo, o servicio de la Guardia Nacional a tiempo completo el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública, y cualquier otra categoría de personas designadas por el presidente en tiempo de guerra o emergencia.

Si un empleado (y sus dependientes elegibles) es elegible para las prestaciones a partir de la fecha de ingreso en los Servicios Uniformados, y la ausencia del empleado se debe a una licencia de los Servicios Uniformados de 31 días o menos y el empleador cotizante del empleado presenta una cotización al Plan en nombre del empleado, la cobertura continuará sin costo alguno para el empleado. Al empleado se le acreditarán las horas necesarias para mantener la cobertura en vigor como si hubiera trabajado en un empleo cubierto con un empleador cotizante durante el periodo de servicio.

Si un empleado elegible (y sus dependientes elegibles) es elegible para las prestaciones a partir de la fecha de ingreso a los Servicios Uniformados de EEUU, y la ausencia del empleado se debe a una licencia de los servicios uniformados de 31 días o más, el empleado o sus dependientes elegibles pueden elegir continuar la cobertura mediante: (1) utilizando las horas disponibles en su cuenta bancaria de horas, o (2) pagando por sí mismo según las estipulaciones del Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés). Un empleado que elija continuar con la cobertura no necesita utilizar su banco de horas y siempre puede pagar la prima requerida y conservar la cuenta del banco de horas, pero si elige utilizar su banco de horas para pagar las primas de USERRA, la parte del banco de horas que se utilice no se le volverá a acreditar al empleado en el momento de la reincorporación.

La prima para continuar la cobertura bajo USERRA será de una cantidad establecida por el Fideicomiso. Dicha prima se pagará en plazos mensuales. La duración máxima de la Cobertura de Continuación USERRA es la menor de:

- 24 meses a partir del día en que comience la licencia por servicios uniformados; o
- un período que finaliza el día después de que el empleado elegible no se reincorpore al empleo dentro del plazo permitido por la ley USERRA.

Si el empleado o sus dependientes incurren en gastos de atención médica no relacionados con el servicio durante un periodo de licencia de servicios uniformados, y esos gastos se presentan al Plan y las prestaciones son pagadas por el Plan, se considerará que el empleado ha elegido la cobertura continua durante el mes o los meses que comienzan cuando el empleado celebró la licencia de servicios uniformados hasta el último mes en que se incurrió en esos gastos de atención médica. En este caso, las

horas disponibles se deducirán de la cuenta bancaria de horas del empleado para proporcionarle elegibilidad en la medida de lo posible.

Restablecimiento de la elegibilidad tras el servicio uniformado

Si un empleado era elegible para las prestaciones en la fecha de ingreso a los Servicios Uniformados y al terminar el servicio el empleado notifica al empleador su intención de regresar al empleo como se especifica en la ley USERRA, la elegibilidad del empleado se retomará tal como estaba el día anterior al ingreso del empleado a los Servicios Uniformados.

El Plan no paga ninguna prestación por afecciones contraídas o agravadas durante el desempeño de las funciones en los Servicios Uniformados.

Si existe algún conflicto entre estas estipulaciones y la ley USERRA, regirán los requisitos mínimos de esta última.

LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

La Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés) establece que, en ciertas situaciones, un empleado elegible tiene derecho a tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo durante cualquier período de 12 meses, y que en tales situaciones el Empleador cotizante está obligado a continuar la cobertura para el empleado. **La determinación de si una licencia es una licencia FMLA será hecha por el empleador cotizante, y está sujeta a la revisión de la Mesa Directiva.** Si se solicita, el empleado deberá presentar una prueba aceptable para el Fideicomiso de que la licencia se ajusta a las estipulaciones de la FMLA.

Si un Empleado pasa a ser elegible para ambos: (a) la cobertura de la FMLA debido a la propia incapacidad del empleado, y (b) la Extensión Especial por Incapacidad Total de 12 meses de este Plan, la continuación de la elegibilidad será concurrente hasta que se agote la licencia FMLA, entonces se aplicará el saldo disponible de la Extensión Especial por Incapacidad Total. La continuación de la elegibilidad en virtud de la FMLA es concurrente con todas las demás opciones de continuación, excepto COBRA; un empleado es elegible para elegir la Cobertura de Continuación COBRA a partir del día en que cesa la cobertura de la FMLA.

La continuación de la cobertura en virtud de la FMLA finaliza en la fecha más temprana de:

- El día en que el empleado se reincorpore al trabajo;
- El día en que el empleado notifique a su empleador que no va a volver al trabajo;
- El día en que la cobertura bajo el Plan terminaría de otro modo (es decir, se ha pagado el máximo del Plan); o
- 1 día después de que la cobertura haya continuado en virtud de la FMLA durante 12 semanas.

Los empleados deben ponerse en contacto con su empleador para obtener más información sobre la licencia familiar y médica y las condiciones en las que un empleado puede tener derecho a ella.

Si existe algún conflicto entre estas estipulaciones y la FMLA, regirán las estipulaciones mínimas de la FMLA.

Cuando finaliza la cobertura de su dependiente

La cobertura de su dependiente finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- la fecha en que finalice su elegibilidad;
- la fecha en que el dependiente deje de cumplir los requisitos para ser considerado dependiente, tal y como se define en la página 5;
- la fecha en que el dependiente celebre el servicio a tiempo completo en las fuerzas armadas; o
- la fecha en que los programas de prestaciones sean dados de baja por la Mesa Directiva.

En determinadas circunstancias, la cobertura de su dependiente puede continuar.

El Empleador deberá aportar 160 horas al mes con el índice de cotización actual del Empleador para los empleados que estén de licencia FMLA.

Consulte el apartado "Extensiones especiales" a continuación.

Extensiones especiales

Mecánicos activos incapacitados

Si pierde la elegibilidad porque queda totalmente incapacitado el 1 de junio de 2019 o después, la cobertura para usted y sus dependientes elegibles puede continuar hasta 12 meses siempre que presente una solicitud en la Oficina Administrativa en un formulario proporcionado por la Oficina Administrativa, incluyendo documentación adicional de un Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Medicina Osteopática (DO) autorizado dentro de su red que certifique su incapacidad. Por ejemplo, si usted es afiliado de Kaiser, el certificado de incapacidad debe proceder de un MD o DO de su red Kaiser. Esta ampliación especial incluye la cobertura del seguro de vida y las prestaciones por muerte y desmembramiento accidentales, además de las prestaciones médicas, de recetas y odontológicas y oftalmológicas.

La incapacidad total significa que, como resultado de una lesión o enfermedad, usted no puede desempeñar sus funciones habituales como mecánico de calefacción y congelación.

Si agota esta extensión, usted o sus dependientes podrán continuar con la cobertura de acuerdo con las estipulaciones de COBRA del Fondo descritas en la página 11. Una vez que el participante alcance el número máximo de meses permitido, no tendrá derecho a otra prórroga por incapacidad hasta que recupere la elegibilidad como resultado de trabajar en una clasificación cubierta y ser elegible durante 12 meses consecutivos.

Hijos discapacitados mental y físicamente

Si su hijo dependiente no está casado y es incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad mental o física en la fecha en que su elegibilidad terminaría por edad, su cobertura continuará si se presentan pruebas suficientes de incapacidad a la Oficina Administrativa.

Estipulaciones de auto pago

Mecánicos en activo con menos de 120 horas o que han agotado su extensión de 12 meses por incapacidad

Si pierde la elegibilidad porque las horas que trabaja para un empleador cotizante más las horas de su Banco de Horas suman menos de 120 o porque agota su prórroga de 12 meses por incapacidad, puede continuar con su cobertura, incluido el seguro de vida y las prestaciones por muerte y desmembramiento accidental, durante un máximo de nueve meses mediante el auto pago. Este privilegio de auto pago termina si durante los nueve meses usted: se devuelve al empleo activo, pasa a ser elegible para participar en otro plan de salud y bienestar, o pasa a ser empleado activamente en la industria del aislamiento por un empleador que no está contribuyendo al Fondo Fiduciario. Los pagos deben ser recibidos por la Oficina Administrativa a más tardar el día 20 del mes anterior al mes para el que se desea la cobertura. Se podrá conceder una prórroga si se pone en contacto con la Oficina Administrativa inmediatamente después de recibir un comprobante mensual en el que se le notifica su estado de elegibilidad y realiza el pago lo más razonablemente posible, pero no más tarde de 30 días.

Ejemplo:

- Si desea auto pagar la cobertura durante el mes de junio, el pago debe recibirse antes del 20 de mayo.

La cantidad del auto pago la determina la Mesa Directiva y está sujeta a cambios de vez en cuando. La Mesa Directiva utiliza el índice de cotización por hora de los empleadores por empleado para determinar el auto pago necesario para continuar con la cobertura tras la pérdida de elegibilidad.

Si agota esta opción de auto pago de nueve meses y había perdido la elegibilidad por falta de horas, puede tener derecho a una continuación adicional de la cobertura. Póngase en contacto con la Oficina Administrativa para obtener más información.

Tenga en cuenta que la duración de su cobertura de auto pago se deduce del número de meses de cualquier cobertura COBRA a la que usted o sus dependientes con derecho puedan tener derecho.

Dependientes sobrevivientes de mecánicos activos fallecidos

En caso de su fallecimiento, la cobertura para sus dependientes elegibles sobrevivientes se extenderá sin costo alguno. Esta cobertura proporcionada por el Fideicomiso terminará en la primera de las siguientes fechas:

- la fecha en que su último empleador cotizante deje de aportar cotizaciones al Fondo;
- la fecha en que su cónyuge sobreviviente vuelva a casarse;
- el último día del 24º mes siguiente a la fecha de su fallecimiento;
- la fecha en que la Mesa Directiva ponga fin a los programas de prestaciones; o
- la fecha en que su cónyuge sobreviviente sea elegible para una cobertura médica similar en otro plan de grupo.

Si la cobertura de sus dependientes finaliza porque el cónyuge superviviente se vuelve a casar, o la prórroga de 24 meses expira sin que el cónyuge superviviente haya elegido continuar con la cobertura mediante auto pago, tal y como se describe a continuación, el hijo dependiente podrá continuar con la cobertura mediante auto pago hasta que la elegibilidad del dependiente expire, o hasta que haya transcurrido un periodo de 36 meses desde el fallecimiento del participante, lo que ocurra primero.

Si sus dependientes supervivientes agotan su prórroga de cobertura de 24 meses, su cónyuge sobreviviente podrá continuar su cobertura, incluido el seguro de vida, mediante auto pagos. Los pagos deben ser recibidos por la Oficina Administrativa a más tardar el día 20 del mes anterior al mes para el que se desea la cobertura. La cantidad del auto pago es determinada por la Mesa Directiva y está sujeta a cambios de vez en cuando.

La cobertura de auto pago para sus dependientes sobrevivientes podrá continuar hasta la primera de las siguientes fechas:

- el primer día del mes para el que la Oficina Administrativa no reciba el auto pago requerido;
- la fecha en que su empleador cotizante deje de realizar cotizaciones al Fondo;
- la fecha en que su cónyuge sobreviviente vuelva a casarse;
- a fecha en que su cónyuge sobreviviente sea elegible para una cobertura médica similar en otro plan de grupo; o
- la fecha en que los programas de prestaciones sean cancelados por la Mesa Directiva.

Cobertura de continuación COBRA

Para todos los mecánicos y dependientes

Usted y sus dependientes tienen derecho a continuar la cobertura del Plan durante un periodo de tiempo definido por la ley federal si la elegibilidad finaliza debido a ciertos acontecimientos. El derecho a la continuación de la cobertura conforme a COBRA fue creado por la ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus Consolidada de 1975 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo terminaría de otro modo bajo el Plan. Es importante tener en cuenta que cuando usted es elegible para la continuación de la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Es su responsabilidad determinar si la continuación de la cobertura de COBRA es adecuada para usted. Los determinados eventos que activan los derechos de continuación de la cobertura de COBRA se denominan "eventos calificativos". Esta continuación de la cobertura puede requerir el auto pago de las primas y no incluye el seguro de vida, las

prestaciones por muerte y desmembramiento accidental ni la prestación por examen físico. Puede seleccionar la cobertura "básica", que sólo proporciona prestaciones médicas, o la cobertura "básica plus", que incluye prestaciones médicas, dentales y oftalmológicas.

Puede continuar su cobertura si se produce uno de los siguientes eventos calificativos:

- su empleo finaliza por cualquier motivo, excepto por una falta grave de conducta; o
- pierde la elegibilidad porque las horas que trabaja para un empleador cotizante más las horas de su Banco de Horas suman menos de 120.

Su cónyuge puede continuar la cobertura si se produce uno de los siguientes eventos calificativos:

- usted fallece;
- usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente;
- usted adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- su empleo finaliza por cualquier motivo excepto por una falta grave de conducta; o
- pierde la elegibilidad porque las horas que trabaja para un empleador cotizante más las horas de su Banco de Horas suman menos de 120.

Su hijo dependiente puede continuar la cobertura si se produce uno de los siguientes eventos calificativos:

- su hijo dependiente deja de serlo tal y como se define en la página 5. Se considerará que un hijo que reúna los requisitos para continuar en virtud de la extensión especial del plan para niños con discapacidades mentales y físicas tiene la condición de dependiente;
- usted fallece;
- usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente;
- adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- su empleo finaliza por cualquier motivo, excepto por una falta grave de conducta; o
- pierde la elegibilidad porque las horas que trabaja para un empleador cotizante más las horas de su Banco de Horas suman menos de 120.

Se pueden añadir nuevos dependientes adquiridos mientras usted está cubierto por COBRA notificándolo a la Oficina Administrativa en un plazo de 60 días desde la adquisición del nuevo dependiente.

Periodo de continuación

La cobertura puede continuar, pagándose personalmente, como se indica a continuación:

- La cobertura para usted o sus dependientes puede continuar durante un máximo de 18 meses si la cobertura finaliza debido a su cese en el empleo (que no sea por una falta grave), o a una reducción de las horas de trabajo, y la cobertura comienza a partir de la fecha del evento calificativo. Esto incluye cualquier cobertura que no sea de tipo COBRA y que se pague personalmente.
- También hay formas de ampliar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos estaban incapacitados en cualquier momento durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura de COBRA y usted informa al Heat & Frost Insulators y Asbestos Workers Health and Welfare Fund antes de que finalice el periodo de continuación de 18 meses, la cobertura puede extenderse por 11 meses adicionales, hasta un total de 29 meses.

La prueba de la incapacidad debe proporcionarse al Administrador del Plan en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que la Administración del Seguro Social tome la determinación. Este periodo ampliado de continuación de la cobertura se aplica a la persona a la que la Administración del Seguro

Social ha determinado su incapacidad (y/o a cualquier otro miembro de la familia, si se elige la cobertura familiar).

La cobertura para sus dependientes puede continuar durante 18 meses más para un periodo total de continuación de la cobertura de hasta 36 meses al producirse un segundo evento calificativo. Esta prórroga está disponible si la cobertura finaliza debido a su fallecimiento, divorcio o separación legal, o a que su hijo dependiente deja de satisfacer la definición de dependiente elegible del Plan, y el Administrador del Plan recibe la notificación adecuada, como se describe a continuación, de este segundo evento calificativo.

- Se aplican normas especiales a los empleados jubilados y a sus cónyuges y dependientes cubiertos por el Plan si el antiguo empleador está implicado en un procedimiento de quiebra federal. Si la cobertura del jubilado se elimina o se reduce sustancialmente en el plazo de un año antes o después del inicio del procedimiento de quiebra, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario cualificado, así como el cónyuge, la pareja doméstica registrada, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes del empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios cualificados si la quiebra da lugar a la pérdida de su cobertura bajo el Plan. El empleado jubilado y cualquier dependiente elegible pueden optar por continuar la cobertura durante la vida del cónyuge sobreviviente. Los dependientes elegibles pueden continuar la cobertura hasta 3 años después del fallecimiento del jubilado.
- Tenga en cuenta que, una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que se ha producido un evento calificativo, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios cualificados. Cada beneficiario cualificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

Si la cobertura de su dependiente continúa después de la terminación de su empleo o de la reducción de horas y, durante el Período de Continuación inicial, se produce un segundo evento calificativo que da derecho a la continuación de la cobertura; su dependiente puede elegir continuar la cobertura hasta un máximo combinado de 36 meses. El dependiente incluirá al recién nacido del empleado y a los hijos adoptados que se añadan después del evento calificativo, siempre que el dependiente se inscriba dentro de los 60 días siguientes al nacimiento o a la colocación en adopción. Un hijo nacido o colocado en adopción mientras usted tiene la cobertura de COBRA tendrá todos los mismos derechos de COBRA que sus dependientes que estaban cubiertos por el Plan antes del evento calificativo que dio lugar a su pérdida de cobertura.

Pago de las primas

Usted y sus dependientes elegibles son responsables del pago de todas las primas de su cobertura de continuación. Tal y como permite la ley federal, el pago de la prima será igual al coste de la cobertura seleccionada más un 2% en concepto de administración. Los índices de COBRA se modifican una vez al año el 1 de abril.

No hay cobertura durante el periodo de selección

Un Beneficiario cualificado no estará cubierto por el Plan(es) durante el período de elección de 60 días y el período de 45 días permitido para pagar la cobertura COBRA. Sin embargo, si se realiza una elección de cobertura COBRA de acuerdo con las leyes vigentes de COBRA y se pagan todas las primas aplicables de manera oportuna, la cobertura a través del Fondo para las coberturas seleccionadas será retroactiva a la fecha original de pérdida de cobertura de acuerdo con la ley federal. Si un proveedor de servicios médicos, dentales o de la vista llama para verificar la elegibilidad o las prestaciones durante el periodo de elección y el Administrador del Plan no tiene constancia de un formulario de elección y un pago de prima cumplimentados en tiempo y forma, se comunicará al proveedor que el Beneficiario cualificado no tiene cobertura pero que estará cubierto a partir de la fecha de entrada en vigor de COBRA siempre que se reciba un formulario de elección y un pago de prima cumplimentados en tiempo y forma. Una vez recibido a tiempo el formulario de elección debidamente cumplimentado y el pago de todas las primas aplicables, entrará en vigor la continuación de la cobertura de COBRA.

Requisitos de notificación

Si sus dependientes perdieran la cobertura debido a su divorcio o separación legal de su cónyuge o a que su hijo dejara de ser dependiente, tal y como se define en la página 5, usted o sus dependientes deberán notificar a la Oficina Administrativa en el plazo de 60 días a partir de (i) el acontecimiento o (ii) la fecha en la que se perdería la cobertura como consecuencia del mismo. Esto permite a la Oficina Administrativa proporcionar la notificación adecuada sobre los derechos de continuación y las condiciones que se aplican. Si no se notifica a la Oficina Administrativa dentro del plazo de 60 días, su(s) dependiente(s) perderá(n) el derecho a elegir COBRA.

Si la cobertura se pierde por su fallecimiento, por el cese de la relación laboral o por falta de horas, su empleador deberá notificarlo a la Oficina Administrativa. Sin embargo, es aconsejable que usted o sus dependientes también lo notifiquen. La Oficina Administrativa le notificará el coste de COBRA cuando le envíe la notificación de COBRA. La Selección de los derechos de COBRA debe realizarse por escrito en un plazo de 60 días a partir de la última de las siguientes fechas: (1) la fecha en que se le envíe la notificación o (2) la fecha en que finalice su cobertura regular del Plan. Deberá pagar la prima requerida dentro de los 45 días siguientes a la elección. Si rechaza la cobertura de COBRA, su cónyuge e hijos dependientes podrán elegir la cobertura dentro del periodo de 60 días.

Finalización de la cobertura

La cobertura continua cesará en la primera de las siguientes fechas:

- la fecha de finalización del Plan;
- la fecha de vencimiento de una prima requerida y no pagada después de cualquier período de gracia aplicable (se le concederá un período de gracia de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima);
- la fecha en que usted y/o su(s) dependiente(s) se aseguren en otro plan de salud colectivo. Esto puede no aplicarse si usted o su(s) dependiente(s) tiene(n) una enfermedad preexistente que no está cubierta por el nuevo plan. Póngase en contacto con el Administrador del Plan para obtener información adicional cuando usted o sus dependientes pasen a estar asegurados en otro plan colectivo;
- la fecha en que se agote el periodo de continuación aplicable; o
- el primer día del mes que comienza 30 días después de que usted o sus dependientes reciban la determinación final del Seguro Social de que usted o sus dependientes ya no están incapacitados. (Se aplica en situaciones en las que el evento calificativo fue la terminación del empleo o la reducción de horas y en las que la cobertura de COBRA se continuaba por 11 meses adicionales).

Otras opciones disponibles para usted cuando finalice la cobertura del Plan

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica del Plan a través del Mercado de Seguros Médicos, de Medicaid o de otras opciones de cobertura del plan de salud colectivo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede tener derecho a costes más bajos en sus primas mensuales y menores gastos de bolsillo. Además, puede tener derecho a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías. Puede obtener más información sobre cualquiera de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si tiene preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA, debe dirigir las al Administrador del Plan o a los organismos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en la Jubilación (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) del Ministerio de Trabajo más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en esta página web.

Se le darán detalles completos de esta cobertura continua a usted o a sus dependientes cuando ocurra un evento calificativo.

ELECCIÓN DE PLANES PARA MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES

Médico

Existen dos tipos de opciones de planes de prestaciones médicas para los mecánicos activos elegibles y sus dependientes elegibles en algunas áreas.

- Un plan de salud asegurado proporcionado a través de una organización de mantenimiento de la salud (HMO) o de otra compañía de seguros se paga con pagos directos del Fondo a las compañías de seguros en forma de primas procedentes de las cotizaciones de los empleadores. A partir de la fecha de publicación de esta SPD podrá elegir el plan de salud de **Kaiser Foundation, UnitedHealthcare en California o UnitedHealthcare en Nevada;**

No se permitirá la inscripción de nuevos participantes en la opción HMO de United Health Care de California a partir del 1 de mayo de 2020. Los participantes que estén inscritos en la opción HMO de United Health Care California a partir del 1 de mayo de 2020 quedarán protegidos por los derechos adquiridos en dicha opción. Si el participante pierde su elegibilidad el 1 de mayo de 2020 o después, se le permitirá volver a elegir la cobertura en la opción HMO de United Health Care California si restablece su elegibilidad en un plazo de doce (12) meses. Si no se restablece la elegibilidad dentro de los doce (12) meses, el participante deberá seleccionar otra opción de plan de salud disponible.

*Debe vivir dentro del área de servicio de uno de los planes asegurados para inscribirse. Si está inscrito en la opción de plan asegurado, usted y sus dependientes elegibles están cubiertos **por ese plan** para los servicios y suministros hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados. Si está inscrito en un plan asegurado y posteriormente se muda fuera del área de servicio de ese plan, debe ponerse en contacto con la Oficina Administrativa para discutir sus otras opciones de plan a través del Fideicomiso.*

- Es el plan de "pago por servicio" en el que las prestaciones se pagan y se proporcionan directamente por el Fondo. Si está inscrito en la opción de pago por servicio, usted y sus dependientes que reúnan los requisitos necesarios estarán cubiertos por el plan de pago por servicio del Fondo para los servicios y suministros de HOSPITAL, médicos y de medicamentos recetados. Podrá recibir atención médica de cualquier HOSPITAL, MÉDICO u otro proveedor de servicios sanitarios autorizado. Para recibir las máximas prestaciones disponibles, utilice un HOSPITAL de la PPO u otro proveedor de la PPO y cumpla con los programas de revisión de la utilización. A partir de la fecha de publicación de esta DSP, Anthem Blue Cross proporciona su red de Hospitales y Proveedores Médicos de los que debe obtener servicios bajo el Plan.

Dental

Hay dos tipos de opciones de planes dentales disponibles para los mecánicos activos elegibles y sus dependientes elegibles:

- El plan dental de prepago actual proporcionado a través de DeltaCare USA en California, y UnitedHealthcare Dental en Nevada; y
- El plan de "pago por servicio" proporcionado directamente por el Fondo.

Si se inscribe en el plan dental de prepago, deberá vivir dentro del área de servicio y recibir toda la atención dental a través de DeltaCare USA o UnitedHealthcare.

Si se inscribe en el plan dental de pago por servicio, puede recibir servicios dentales de cualquier DENTISTAS con licencia, aunque el Fondo tiene un contrato con First Dental Health para proporcionar un panel de Proveedores Preferidos que han acordado tarifas con descuento.

Otras coberturas

Independientemente de la opción del plan de salud en la que esté inscrito, mientras siga cumpliendo las normas de elegibilidad del Fondo, usted y sus dependientes con derecho a ello estarán cubiertos por el seguro de vida, las prestaciones de muerte y desmembramiento accidental, y por las prestaciones de atención quiropráctica, las del programa para dejar de fumar y las de vitaminas y minerales, descritas en este folleto. También estará cubierto por las prestaciones de visión que se describen en un folleto aparte.

Cuando hacer su selección del plan de salud

Tiene la oportunidad de hacer su selección del plan de salud y de añadir a sus dependientes cuando adquiere por primera vez la elegibilidad para las prestaciones del Fondo. Una vez inscrito en el plan de salud que haya seleccionado, podrá cambiar su selección de plan una vez que haya estado inscrito en su selección actual durante un mínimo de doce (12) meses. También puede cambiar su selección si está inscrito en un plan médico/dental asegurado y se muda fuera de su área de servicio. Si no realiza una selección de plan cuando es elegible por primera vez, sus dependientes no estarán cubiertos y usted quedará automáticamente inscrito en los planes médicos y dentales de pago por servicio y permanecerá en esos planes durante doce (12) meses.

En caso de que pierda la elegibilidad para las prestaciones médicas del Fondo, podrá cambiar su selección de plan médico a partir de la fecha en que restablezca su elegibilidad en el Fondo.

Fuera de su inscripción inicial y de los periodos de inscripción especial para dependientes, puede añadir o eliminar a sus dependientes durante la inscripción abierta para dependientes que se celebra cada año durante el mes de noviembre para los cambios de cobertura que entran en vigor en enero.

Como hacer su selección de plan de salud

Como hacer su selección de plan de salud

Al hacer su selección inicial del plan de salud, debe completar y devolver la(s) tarjeta(s) de inscripción requerida(s) a la Oficina Administrativa. Durante los siguientes periodos de inscripción abierta, usted completa un formulario de cambio y cualquier tarjeta de inscripción nueva si desea cambiar de plan. Si no desea realizar un cambio, no tiene que hacer nada.

Recuerde que sólo puede hacer una selección de plan de salud durante los periodos indicados en el apartado anterior.

PRESTACIONES PARA JUBILADOS

Elegibilidad de los jubilados

Si se jubila, tiene derecho a recibir las prestaciones de este Plan en calidad de jubilado. Usted es elegible para recibir prestaciones **dentales y oftalmológicas** bajo este Plan como jubilado si:

- está recibiendo:
 1. una prestación de jubilación no reducida conforme a las normas de Western States Asbestos Workers Pension Plan en vigor a partir del 1 de enero de 1977,
 2. es un empleado tendrá derecho a una prestación de jubilación no reducida al llegar a la Edad Normal de Jubilación (cumplimiento de los 62 años de edad con al menos 5 años de servicio total con prestaciones acreditadas sin una interrupción permanente en el empleo cubierto; o lo que ocurra más tarde (1) el cumplimiento de los 65 años de edad o (2) el quinto aniversario de participación en el Plan de Jubilación sin una interrupción permanente en el empleo cubierto) o a cualquier edad si tiene al menos 30 años de servicio total con prestaciones acreditadas en el momento de la jubilación,
 3. una prestación de jubilación reducida (si se jubila antes de cumplir los 62 años con al menos 10 años de servicio total acreditado con derecho a prestación) según las normas de Western States Asbestos Workers Pension Plan en vigor a partir del 1 de enero de 1997 y ha cumplido los 57 años, o

4. prestaciones de incapacidad en virtud de la Ley Federal del Seguro Social;

Y....

5. ha mantenido la elegibilidad bajo el Plan durante un mínimo de 120 de los 180 meses más recientes inmediatamente anteriores al mes en el que la cobertura del Plan habría cesado como resultado de la jubilación. El requisito de un mínimo de 120 meses incluirá los meses en los que la cobertura se extendió bajo las estipulaciones de banco de horas del Plan Activo, incapacidad y auto pago. Un empleado que haya cumplido 57 años en el momento de su jubilación, pero que no cuente con los 120 meses necesarios de elegibilidad, podrá auto pagarse para alcanzar dichos 120 meses hasta que adquiera una prestación de jubilación no reducida.

El requisito de auto pago se eximirá para un empleado de 57 años o mayor que esté incapacitado siempre que:

- era elegible para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar en la fecha de su incapacidad; y
- mantuvo la elegibilidad en el Plan de Salud y Bienestar durante un mínimo de 60 meses de los 180 meses más recientes anteriores al mes en el que la cobertura del Plan habría cesado.

Discapacitado significa que el empleado está impedido de ejercer cualquier ocupación debido únicamente a una enfermedad o lesión.

Un jubilado que no reúna los requisitos según las normas anteriores puede tener derecho a la cobertura de este Plan si:

- tiene al menos 57 años de edad;
- tiene al menos 30 años de servicio total de prestaciones acreditadas en el momento de la jubilación;
- ha estado empleado durante al menos 20 años con un Empleador signatario del Fideicomiso con el Local 5 o el Local 135 y que estaba obligado a realizar cotizaciones a *Heat and Frost Insulators* y *Allied Workers Health and Welfare Fund*; y
- haya mantenido la elegibilidad en el Plan de Salud y Bienestar durante un mínimo de 60 meses de los últimos 120 meses anteriores al mes en que la cobertura del Plan habría cesado. El empleado que no tenga el mínimo de 60 meses de cobertura deberá realizar auto pagos hasta que cumpla el requisito de los 60 meses.

La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que satisfaga los requisitos descritos anteriormente, siempre que complete los formularios de inscripción necesarios y efectúe cualquier auto pago requerido. Sin embargo, si todavía está cubierto por las prestaciones médicas y de bienestar del Plan Activo (es decir, por las estipulaciones de Banco de Horas, incapacidad o auto pago), su fecha de vigencia bajo este Plan se aplazará hasta el primer día del mes siguiente al agotamiento de la cobertura del Plan Activo.

Sus dependientes elegibles deben inscribirse al mismo tiempo que usted se inscribe por primera vez para recibir las prestaciones del Plan de Jubilados. La cobertura de los dependientes elegibles comienza el mismo día que su cobertura del Plan de Jubilados. Si rechaza la cobertura para dependientes en el formulario de inscripción cuando se le ofrezca por primera vez, sus dependientes no podrán inscribirse en ninguna fecha futura.

Los jubilados que tengan elegibilidad para recibir prestaciones dentales y oftalmológicas, pueden recibir estas prestaciones en régimen de auto pago, es decir, el jubilado paga la prima de la cobertura. La cantidad de los auto pagos mensuales será determinada por los Fideicomisarios, quienes a su sola discreción podrán ajustar el costo de los auto pagos de la cobertura cada año si lo consideran necesario. La cobertura médica y de recetas no está disponible para los jubilados bajo el Plan. Los nuevos jubilados tienen la opción de comprar esta cobertura en el momento en que finaliza su cobertura activa en el Plan y cumplen los requisitos para jubilarse.

OTROS DATOS

Tarjeta de inscripción

Todo mecánico activo que trabaje para un empleador que cotice debe asegurarse de completar todas las tarjetas de inscripción requeridas. Los formularios están disponibles en la Oficina Administrativa y en las oficinas del sindicato local. Para que usted y sus dependientes puedan inscribirse correctamente en cualquiera de los planes ofrecidos a través del Fondo, es necesario completar el formulario de inscripción y verificar la condición de dependiente (como el certificado de matrimonio o el acta de nacimiento). Sin estos documentos, sus dependientes no estarán cubiertos y usted pasará por defecto a los planes médicos y dentales de pago por servicio.

Normas y reglamento de la póliza

Si es elegible en el Fondo, sus derechos sólo pueden ser determinados por:

- las normas y los reglamentos completos del Fondo, incluidos este SPD y el Documento del Plan, relativos a las prestaciones hospitalarias, médicas, de medicamentos con receta y dentales proporcionadas directamente por el Fondo;
- la Póliza de Grupo relativa a las prestaciones de seguro de vida, muerte y desmembramiento accidental y el seguro “stop los” proporcionado por United of Omaha;
- el Acuerdo de Servicios Grupales y Hospitalarios relativo a las prestaciones médicas y hospitalarias de la Kaiser Foundation HMO;
- el Acuerdo de Suscripción de Grupo Médico y Hospitalario relativo a las prestaciones hospitalarias y médicas proporcionadas por UnitedHealthcare en California;
- el Acuerdo de Suscripción Médica y Hospitalaria de Grupo relativo a las prestaciones hospitalarias y médicas proporcionadas por UnitedHealthcare en Nevada;
- el Acuerdo de Servicios relativo a las prestaciones dentales proporcionadas por UnitedHealthcare en Nevada;
- el Acuerdo de Servicio relativo a las prestaciones dentales proporcionadas por DeltaCare USA en California; y
- el Acuerdo relativo a las prestaciones oftalmológicas administradas por Vision Service Plan.

Presentación oportuna de reclamaciones

Debe presentar sus reclamaciones médicas y odontológicas de pago por servicio en un plazo de 12 meses o un (1) año a partir de la fecha en que se prestaron los servicios médicos y odontológicos. Los procedimientos de presentación de reclamaciones se describen en las páginas 25 a 35.

Financiamiento

Las prestaciones para los mecánicos activos y sus dependientes elegibles se pagan con las cotizaciones del empleador al Fondo como resultado de los convenios colectivos. En algunos casos puede exigirse un auto pago en las cantidades que determine la Mesa Directiva y que puede modificarse en cualquier momento a discreción única y absoluta de la misma.

Recuperación de pagos de prestaciones realizados por error

En caso de que se haya efectuado un pago de prestaciones por error, el Fondo tiene derecho a recuperar el pago erróneo mediante la exigencia de un reembolso inmediato, la compensación del pago de prestaciones futuras o cualquier otro medio legal. El Fondo también tendrá derecho a los honorarios razonables de los abogados y a los costes de la auditoría.

Descargo de responsabilidad

Las prestaciones dentales de pago por servicio y una parte de las prestaciones médicas de pago por servicio descritas en este folleto no están aseguradas por ningún contrato de seguro y no existe ninguna responsabilidad por parte de la Mesa Directiva ni de ninguna persona o entidad de proporcionar un pago superior a las cantidades del Fondo recaudadas para tal fin.

Modificación y terminación

Las prestaciones del plan se proporcionan en la medida de las cotizaciones efectivamente recibidas o recaudadas por el Fondo. Para que el Fondo pueda cumplir con su obligación de mantener, dentro de los límites de sus recursos, un programa dedicado a proporcionar las máximas prestaciones posibles a todos los mecánicos activos, la Mesa Directiva se reserva expresamente el derecho, a su entera discreción y en cualquier momento, de:

- rescindir o modificar la cantidad o la condición con respecto a cualquier prestación aunque dicha rescisión o modificación afecte a reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- dar por terminado el Plan aunque dicha terminación afecte a reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- alterar o posponer el método de pago de cualquier prestación; y
- modificar o rescindir cualquier otra estipulación del Plan.

Como se ha indicado anteriormente, la Mesa Directiva es la única autorizada para modificar los términos del Plan y las prestaciones previstas en el mismo. Los cambios acordados en los términos del plan o en las prestaciones proporcionadas se adoptarán a partir de la fecha de entrada en vigor establecida y se proporcionará la notificación requerida de dichos cambios a los participantes, si procede.

La existencia y continuación de las prestaciones del Plan depende de la continuación del Acuerdo de Negociación Colectiva entre el Sindicato y la Asociación. Si el Acuerdo de Negociación Colectiva finaliza, las prestaciones continuarán mientras el efectivo del fondo de reserva lo permita.

COORDINACIÓN DE PRESTACIONES – PAGO POR SERVICIO PLANES MÉDICOS DENTALES

Si ambos cónyuges trabajan, cada uno está cubierto por un plan de salud colectivo e incluye al otro como dependiente, dos o más planes pueden proporcionar cobertura para los mismos gastos.

La coordinación de prestaciones es simplemente una forma de dividir la responsabilidad del pago entre los planes de grupo que cubren a un individuo para que se pague el total de todos los gastos usuales y habituales de los servicios cubiertos. La cantidad recibida de todos los planes nunca será superior al 100% de los gastos cubiertos. Los cargos incluyen todos los documentos de atención cubiertos por al menos uno de los planes.

Regla de pago

Al tramitar las reclamaciones en las que intervienen dos o más planes, este Fondo sigue la "regla del primario-secundario".

El plan primario se determina de la siguiente manera:

1. El plan sin estipulaciones de coordinación es siempre el primario.
2. El plan que cubre al individuo como empleado se paga primero.
3. Si está cubierto como empleado por dos planes, paga primero el plan en el que haya tenido la elegibilidad continua más larga.

4. El plan que le cubre como empleado activo determina las prestaciones antes que el plan que le cubre como empleado despedido o jubilado.
5. El plan que cubre a un dependiente de un empleado activo determina las prestaciones antes que el plan que cubre a dicha persona como dependiente de un empleado despedido o jubilado.
6. Cuando ambos planes cubren al reclamante como hijo dependiente de un empleado en activo o cuando ambos planes cubren al reclamante como hijo dependiente de un empleado despedido o jubilado, el plan del progenitor cuyo cumpleaños cae antes en el año es el principal. Si ambos progenitores cumplen años en la misma fecha, el plan que haya cubierto al progenitor durante más tiempo es el primario.
7. If the claim is for a dependent child of divorced or separated parents, the following rules will apply:
 - a. El plan del progenitor con responsabilidad económica en virtud de una sentencia judicial es el primario.
 - b. Si no hay decreto judicial, el plan del progenitor con la custodia legal es primario.
 - c. Si no hay decreto judicial y el progenitor con la custodia legal se ha vuelto a casar, el orden de determinación de las prestaciones será el siguiente:
 - 1) El plan del progenitor con la custodia legal;
 - 2) El plan del cónyuge del progenitor con la custodia legal; y
 - 3) El plan del progenitor sin la custodia legal.

Cómo se calculan las prestaciones

Una vez establecida la responsabilidad del primer pago, el plan procede de una de estas dos maneras:

1. Si este Fondo es responsable del primer pago como plan principal, paga las prestaciones de la forma habitual, sin tener en cuenta lo que pueda o no pagar el plan secundario.
2. Si este Fondo es el plan secundario, primero determina cuánto se habría pagado si no hubiera habido otra cobertura colectiva. A continuación, averigua lo que pagará o pagó el plan primario. A continuación, se efectúa un pago por la diferencia entre el total de los "gastos permitidos" y la cantidad pagada por el plan primario, pero sin superar la responsabilidad de la cobertura del Fondo. A efectos de la coordinación de prestaciones, los "gastos permitidos" son todos los gastos necesarios y razonables por servicios, tratamientos o suministros médicos u odontológicos cubiertos por uno de los planes en los que usted o sus dependientes están asegurados.

Por ejemplo:

Si este Fondo es primario		Si este Fondo es secundario	
\$600	cobros	\$600	cobros
<u>-200</u>	(deducible)	<u>-400</u>	(plan primario paga)
\$400		\$200	(este plan pagará)
<u>x 80%</u>	(porcentaje pagadero)		
\$320	(este plan paga)		

Cuando este Fondo pague prestaciones reducidas debido a esta estipulación, sólo la cantidad reducida se cargará a los límites de pago del Plan.

Coordinación de prestaciones con acuerdos de proveedores preferidos

Además de cualquier otra limitación aplicable a este Plan o a sus estipulaciones de Coordinación de prestaciones, cuando este Plan, como "secundario", esté coordinando las prestaciones con otro plan que haya celebrado un acuerdo de proveedor preferente con un proveedor médico u hospitalario, este Plan no pagará más que la diferencia entre:

- A. La menor de: (1) los cargos normales facturados por los gastos del proveedor; (2) el índice contractual para dicho gasto según el acuerdo de proveedor preferido entre el proveedor y el plan con el que este Plan está coordinando, o (3) el índice contractual de este Plan con su proveedor preferido; y

B. La cantidad que el otro plan paga como " primario ".

PRESTACIONES DE MEDICARE

Si usted o sus dependientes tienen derecho a las prestaciones de Medicare por tener 65 años, las siguientes normas determinarán qué Plan es el primario según esta estipulación.

Para los afiliados activos y sus dependientes

Este Plan será el Plan primario de Medicare para un afiliado activo, o una persona dependiente de un afiliado activo, que tenga 65 años o más.

Prestaciones de Medicare por incapacidad total

Usted o sus dependientes pueden tener derecho a las prestaciones de Medicare antes de cumplir los 65 años debido a una incapacidad total o a una enfermedad renal en fase terminal. Se aplican normas especiales con respecto a la coordinación con Medicare debido a una incapacidad total o a una enfermedad renal en fase terminal antes de los 65 años. Póngase en contacto con la Oficina Administrativa para obtener más información.

Selección de Medicare como Plan primario

Si usted o sus dependientes tienen derecho a las prestaciones de Medicare a los 65 años, o como consecuencia de una incapacidad total, usted o sus dependientes pueden elegir Medicare como Plan primario mediante la notificación al empleador contribuyente. Si se elige Medicare como Plan primario, el seguro médico de este Plan cesará.

Nota: Estas estipulaciones sobre la coordinación de prestaciones se aplican a todos los planes, excepto a una póliza individual que pueda haber comprado sobre una base no grupal. La cobertura de auto pago de este Fondo no se considera una póliza individual.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS – EXCLUSIÓN DE PRESTACIONES

Este Fondo no deberá ni pagará prestaciones para usted o sus dependientes en relación con cualquier enfermedad o lesión causada de alguna manera por la acción u omisión de otra persona (un tercero). El Fondo hará una excepción limitada a esta exclusión y pagará las prestaciones por dicha lesión o enfermedad hasta que se establezca la responsabilidad y usted obtenga una recuperación del tercero, si cumple con las siguientes condiciones. Usted y sus dependientes deben cumplir con todo lo siguiente:

1. Proporcionar una notificación por escrito al Fondo en un plazo de diez (10) días de cualquier accidente, lesión o enfermedad de la que pueda ser responsable otra persona;
2. Proporcionar una notificación por escrito al Fondo de cualquier reclamación presentada contra el tercero por daños y perjuicios como resultado de la lesión o enfermedad dentro de los diez (10) días siguientes al inicio de cualquier reclamación;
3. Proporcionar al Fondo un "Acuerdo de subrogación, cesión de derechos y reembolso" ejecutado por usted y, en su caso, por su abogado o el de su dependiente, en el que se declare que, para evitar el enriquecimiento injusto, usted reembolsará al Fondo todas las prestaciones pagadas por éste con el producto de cualquier recuperación obtenida de o en nombre del tercero o del asegurador del mismo, por una cantidad que no supere la recuperación y en el que se reciten los derechos de subrogación del Fondo;
4. Proporcionar una notificación por escrito al Fondo de Recuperación de cualquier cantidad procedente de cualquier tercero o partes en relación con el accidente, lesión o enfermedad, dentro de los cinco (5) días siguientes a un acuerdo o adjudicación de recuperación;
5. Proporcionar al Fondo un derecho de retención ejecutado por usted y su dependiente a favor del Fondo por la cantidad de todas las prestaciones proporcionadas o por proporcionar por el Fondo en relación

con la lesión o enfermedad y un derecho de retención ejecutado por cualquier abogado que gestione su reclamación o la de su dependiente contra el tercero.

6. Mantener cualquier recuperación, ya sea en su posesión o control o en posesión o control de sus abogados u otros representantes, recibida de un tercero o de cualquier asegurador de un tercero, segregada y no mezclada con ningún otro fondo hasta que se pague al Fondo.
7. Acordar por escrito que la parte de la recuperación requerida para satisfacer el gravamen del Fondo se mantenga en fideicomiso para beneficio exclusivo del Fondo hasta el momento en que se pague al Fondo.
8. Garantizar que la parte de la recuperación a la que tiene derecho el Fondo se mantenga en fideicomiso para beneficio exclusivo del Fondo, cumplir con los términos del Fondo y facilitar el reembolso al Fondo de la cantidad de prestaciones adelantadas por el Fondo, incluyendo dar instrucciones a cualquier asesor legal contratado por usted o cualquier otra persona que actúe en su nombre, para mantener esa parte de la recuperación a la que tiene derecho el Fondo, en fideicomiso para beneficio exclusivo del Fondo como se describe a continuación.
9. Proporcionar toda la información solicitada por el Fondo sobre cualquier reclamación, acción legal o procedimiento administrativo, y responder a las solicitudes periódicas de información del fondo o del representante del fondo sobre el estado de la reclamación contra el tercero o sus aseguradores.
10. Reembolsar al Fondo cualquier recuperación por la cantidad total de prestaciones adelantadas por el Fondo dentro de los treinta (30) días siguientes a la obtención de la recuperación.

Usted y sus dependientes deben cumplir las condiciones anteriores antes de que el Fondo les pague cualquier prestación relacionada con la lesión o enfermedad. El término "recuperación" incluye cualquier cantidad recibida o que se reciba por medio de una sentencia judicial, un laudo arbitral, un acuerdo o cualquier otro acuerdo de un tercero o de un asegurador de terceros, o de su cobertura de automovilista no asegurado o sub-asegurado, incluidas las cantidades recibidas de la cobertura de automovilista no asegurado, y las cantidades recibidas antes de iniciar un juicio relacionado con la enfermedad o lesión, sin reducción por los honorarios de los abogados pagados o adeudados por usted o sus dependientes, y sin tener en cuenta si usted o sus dependientes han sido "recuperados" por la recuperación. La recuperación incluye todo el dinero recibido, independientemente de cómo se mantenga, e incluye el dinero recibido directamente por el participante o dependiente elegible, así como cualquier dinero mantenido en cualquier cuenta o fideicomiso en su nombre, como una cuenta de fideicomiso de abogado-cliente no un fideicomiso de necesidades especiales.

Si usted o sus dependientes no cumplen con los requisitos mencionados, no se pagarán prestaciones con respecto a la lesión o enfermedad. Todas las prestaciones pagadas por error se considerarán un sobrepago o un pago de prestaciones realizado por error.

Si usted o sus dependientes reciben algún dinero de un tercero como consecuencia de una lesión o enfermedad, por cualquier medio, incluido un acuerdo, una sentencia judicial o un laudo arbitral, y el Fondo ha pagado prestaciones en su nombre con respecto a la lesión o enfermedad, usted no puede enriquecerse injustamente. Las cantidades adeudadas al Fondo se consideran en fideicomiso por usted desde el momento en que usted o su representante autorizado obtengan la posesión de cualquier recuperación, y debe respetar el derecho de retención equitativo del Fondo. Usted debe reembolsar al Fondo todos los pagos de prestaciones que el Fondo haya realizado o realice en su nombre o en el de sus dependientes en relación con dicha lesión o enfermedad dentro de los 30 días siguientes a la obtención de cualquier recuperación. En ningún caso el reembolso superará la cantidad menor de las prestaciones realmente pagadas por el Fondo o la cantidad de la recuperación. El Fondo no pagará ninguna parte de los honorarios de su abogado incurridos en relación con su reclamación contra el tercero. Los honorarios de abogado que pague a su abogado no reducirán la cantidad de la recuperación.

Además, si usted o su dependiente reciben algún pago de prestaciones del Fondo por cualquier accidente, lesión o enfermedad, el Fondo se subroga en todos los derechos de recuperación disponibles para usted o su dependiente que surjan de cualquier reclamación, demanda, causa de acción o derecho de recuperación que se haya acumulado, pueda acumularse o que se haga valer en relación con dicho accidente, lesión o enfermedad, en la medida de todos y cada uno de los pagos de prestaciones relacionados que el Fondo haya realizado o vaya a realizar en su nombre o en el de su dependiente. Esto

significa que el Fondo tiene un derecho independiente a entablar una acción en relación con dicho accidente, lesión o enfermedad en su nombre o en el de su dependiente y también tiene derecho a intervenir en cualquier acción de este tipo entablada por usted o su dependiente, incluida cualquier acción contra una compañía de seguros en virtud de una póliza de vehículo motorizado no asegurada o insuficientemente asegurada.

Los derechos de reembolso y subrogación del Fondo se aplican independientemente de los términos de la reclamación, la demanda, el derecho de recuperación, la causa de la acción, la sentencia, el laudo, el acuerdo, el compromiso, el seguro o la orden, independientemente de que el tercero sea considerado responsable o esté obligado por el accidente, la lesión o la enfermedad, e independientemente de que usted o sus dependientes obtengan realmente la cantidad total de dicha sentencia, laudo, acuerdo, compromiso, seguro u orden. Los derechos de reembolso y subrogación del Fondo le otorgan la primera prioridad a cualquier recuperación relacionada con el accidente, lesión o enfermedad, ya sea total o parcial y sin importar cómo se caracterice dicha recuperación, por qué o quién la pague, o el tipo de gasto para el que se especifique. Dicha recuperación incluye las cantidades pagaderas en virtud de su propio seguro de automovilista no asegurado o del seguro de automovilista sub-asegurado, o cualquier pago médico o prestaciones sin culpa pagaderas. La doctrina del "resarcimiento" no se aplica al derecho de reembolso y subrogación del Fondo. Los derechos de reembolso y subrogación del Fondo son por la cantidad total de todos los pagos de prestaciones relacionados. Esta cantidad no se compensa con las costas legales, los honorarios de los abogados u otros gastos en los que usted o sus dependientes hayan incurrido para obtener la recuperación. El Fondo tendrá un derecho de retención sobre cualquier cantidad recibida por usted, su dependiente o un representante suyo o de su dependiente (incluido un abogado) que se deba al Fondo en virtud de esta sección, y se considerará que dicha cantidad se mantiene en fideicomiso por usted o su dependiente en beneficio del fondo hasta que se pague al Fondo.

Si usted o sus dependientes reciben dinero de un tercero y no ejecutan un gravamen, seguirán siendo responsables de cumplir con el gravamen equitativo del Fondo y de reembolsar al Fondo las prestaciones pagadas por éste con el dinero recibido de un tercero.

Si el Fondo paga las prestaciones sin que se cumplan las condiciones previas indicadas en esta sección o si usted no reembolsa y restituye al Fondo las prestaciones pagadas por éste por una lesión o enfermedad por la que usted o sus dependientes hayan recibido alguna recuperación de un tercero o hayan recibido el reembolso de la cobertura de automovilistas no asegurados por una lesión o enfermedad causada por un tercero; el pago por parte del Fondo de cualquier prestación relacionada con la lesión o enfermedad se considerará un sobrepago de las prestaciones. Además de otros recursos, la cantidad de las prestaciones extendidas en relación con la enfermedad o lesión se deducirá de todos los pagos futuros de prestaciones hasta la cantidad del sobrepago, o la cantidad de la recuperación, si el participante obtiene la recuperación, hasta que se resuelva el sobrepago.

Consulte la página 18 en la sección **Recuperación de pagos de prestaciones realizados por error**.

En el caso de que el Fondo tenga que perseguir la recuperación de las prestaciones no reembolsadas adelantadas a usted o a sus dependientes, o hacer valer su derecho de retención sobre la recuperación de usted o de sus dependientes, el Fondo tendrá derecho a recuperar, además de la cantidad total de las prestaciones adelantadas y los intereses acumulados al 7% anual, tal y como se establece en la política de recaudación de cotizaciones vigente, todos los honorarios de los abogados y los costes en los que haya incurrido el Plan en relación con los esfuerzos realizados por éste para obtener los Fondos que se les adeudan.

En virtud de esta estipulación, usted y/o sus dependientes están obligados a tomar todas las medidas necesarias y a cooperar plenamente con el Fondo en el ejercicio de sus derechos de reembolso y subrogación, incluida la notificación al Fondo del estado de cualquier reclamación o acción legal presentada contra cualquier parte o compañía de seguros y de la recepción de cualquier recuperación por parte de usted o sus dependientes. Usted o sus dependientes tampoco deben hacer nada que perjudique o dañe los derechos del Fondo. Por ejemplo, si usted o sus dependientes deciden no perseguir la responsabilidad de un tercero, usted o sus dependientes no pueden renunciar a ningún derecho que cubra las condiciones en las que se podría recibir cualquier recuperación. Si se le pide que lo haga, deberá ponerse en contacto con la oficina del Fondo inmediatamente. En caso de que usted o su dependiente elegible decidan no perseguir la responsabilidad de un tercero, la aceptación de las prestaciones del Fondo

autoriza a éste a litigar o a resolver sus reclamaciones contra el tercero. Si el Fondo emprende acciones legales para recuperar lo que ha pagado, la aceptación de las prestaciones les obliga a usted y a sus dependientes (y a su abogado, si lo tiene) a cooperar con el Fondo en la búsqueda de su recuperación y a proporcionar la información pertinente con respecto al accidente.

Si la persona lesionada fallece, los herederos, los beneficiarios y el representante personal estarán obligados a cumplir con estas obligaciones.

La Mesa Directiva tendrá plena discreción y autoridad para interpretar y aplicar estas estipulaciones relativas al reembolso de las prestaciones adelantadas cuando una lesión o enfermedad sea resultado de la acción de un tercero.

ENFERMEDAD O LESIÓN LABORAL

No se pagarán prestaciones en relación con cualquier enfermedad o lesión cubierta por cualquier estatuto de compensación de los trabajadores o estipulaciones legales similares, incluyendo:

- A. Las lesiones sufridas o agravadas durante la realización de cualquier acto perteneciente a cualquier ocupación o empleo a cambio de una remuneración o beneficio, o
- B. Enfermedades, dolencias o lesiones cubiertas por cualquier ley de compensación a los trabajadores o de enfermedades profesionales.

Entre los documentos importantes que hay que recordar se encuentran:

- 1. Si sufre una lesión o enfermedad laboral y obtiene una indemnización ante *Workers' Compensation Appeals Board*, esa indemnización es su compensación total por la lesión o enfermedad. El Fondo no proporcionará prestaciones por los gastos relacionados con la lesión o enfermedad.
- 2. Si decide no solicitar una indemnización por accidente de trabajo por una enfermedad o lesión laboral, el Fondo no le proporcionará prestaciones por los gastos relacionados con la enfermedad o lesión.
- 3. Si el Fondo proporciona prestaciones para el tratamiento de una enfermedad o lesión laboral, el Fondo tendrá un derecho de retención sobre cualquier indemnización por accidente de trabajo que usted reciba en la medida de las prestaciones proporcionadas.
- 4. Si el Fondo determina que la lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo, no se pagarán prestaciones.
- 5. En el caso de que llegue a un acuerdo sobre una reclamación de indemnización por accidente de trabajo, debe intentar que el seguro de indemnización por accidente de trabajo de su empleador acepte pagar los gastos del futuro tratamiento médico de la supuesta enfermedad relacionada con el trabajo. Si el acuerdo de indemnización por accidente de trabajo no contiene dicho acuerdo, el Fondo determinará por sí mismo si los gastos médicos futuros relacionados con su afección laboral están excluidos de la cobertura según "A", "B", "1", "2", "3" o "4" (descritos anteriormente).

Las prestaciones del Fondo no pretenden duplicar ninguna prestación que esté disponible en virtud de la Ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo, independientemente de que usted o su empleador hayan comprado un seguro de indemnización por accidentes de trabajo.

Si usted o sus dependientes se lesionan por acción u omisión de otra persona, este Plan pagará las prestaciones en las siguientes condiciones:

- 1. Usted o sus dependientes deberán reembolsar al Fondo hasta las prestaciones pagadas por el Plan. El reembolso se efectuará al recibir los daños, ya sea por sentencia, compromiso, acuerdo o de otra manera, o
- 2. Usted o sus dependientes proporcionarán al Fondo un derecho de retención, en la medida de las prestaciones proporcionadas por el Plan, sobre los daños recuperados o por recuperar a causa de las lesiones de usted o de sus dependientes.

Si la persona lesionada fallece, los herederos, beneficiarios y representantes personales quedarán vinculados a estas obligaciones.

PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

El procedimiento de presentación de reclamaciones y apelaciones que se describe a continuación se aplicará a las reclamaciones y apelaciones sobre las que la Mesa Directiva tiene potestad, incluidas las reclamaciones por incapacidad y los planes médicos y dentales de pago por servicio. También hemos proporcionado, para su referencia, un cuadro en el que se detallan los plazos que tiene el Plan para responder a las reclamaciones y apelaciones en el caso de las reclamaciones de pago por servicio, así como las estipulaciones concedidas para las prórrogas y el suministro de información adicional.

	Reclamación de atención urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación pos-servicio	Reclamación de atención concurrente
Notificación de la aprobación inicial de la reclamación	Tan pronto como sea posible pero no más tarde de 72 horas después de la recepción de la reclamación por parte del Plan.	Dentro de un periodo razonable pero a más tardar 15 días después de la recepción de la reclamación por parte del Plan.	Notificación no requerida.	Igual que la atención urgente o la reclamación previa al servicio, según corresponda, cuando la reclamación sea una solicitud de ampliación de la atención concurrente.
Notificación de la determinación inicial adversa de prestaciones	Tan pronto como sea posible pero no más tarde de 72 horas después de la recepción de la reclamación por parte del Plan.	Dentro de un plazo razonable pero a más tardar 15 días después de la recepción de la reclamación por parte del Plan. Se permite una prórroga de 15 días con notificación al participante antes de que finalice el periodo inicial de 15 días.	Dentro de un plazo razonable pero a más tardar 30 días después de la recepción de la reclamación por parte del Plan. Se permite una prórroga de 15 días con notificación al participante antes de que finalice el periodo inicial de 15 días.	Igual que la atención urgente o la reclamación previa al servicio, según corresponda, cuando la reclamación sea una solicitud de ampliación de la atención concurrente, para garantizar que la determinación se facilite al reclamante en un plazo razonable antes de que finalice el tratamiento, o en un plazo de 24 horas si la reclamación se realiza en las 24 horas siguientes al final del periodo o del número de tratamientos.
Notificación de prórroga del periodo de determinación inicial	No se permite ninguna prórroga.	Hasta una prórroga de 15 días por "cuestiones ajenas al plan". El periodo de 15 días no comienza hasta la primera de las siguientes fechas: la recepción de una reclamación completada o la información adicional solicitada, o la fecha del plazo para proporcionar dicha información (45 días para completarla).	Hasta una prórroga de 15 días por "cuestiones ajenas al plan." El periodo de 15 días no comienza hasta la fecha más temprana de la recepción de una reclamación completada o de la información adicional solicitada, o la fecha del plazo para proporcionar dicha información (45 días para completarla).	Igual que en el caso de los servicios previos, cuando la reclamación es una solicitud de prórroga de la atención concurrente pero no hay atención urgente de por medio. Si se trata de atención urgente, no se permite ninguna prórroga.
Notificación de reclamación presentada incorrectamente	Tan pronto como sea posible pero a más tardar 24 horas después de la recepción de la reclamación por parte del Plan. El Plan le notificará la determinación de la reclamación a más tardar en 48 horas	Tan pronto como sea posible, pero a más tardar 5 días después de la recepción de la reclamación por parte del plan.	No es obligatorio, pero puede ser un motivo de prórroga según lo dispuesto anteriormente.	Igual que la atención urgente o la reclamación previa al servicio, según corresponda, cuando la reclamación sea una solicitud de ampliación de la atención concurrente.

	Reclamación de atención urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación pos-servicio	Reclamación de atención concurrente
Notificación de reclamación incompleta	Tan pronto como sea posible pero a más tardar 24 horas después de que el Plan reciba la reclamación. El Plan le notificará la determinación de la reclamación lo que ocurra primero, 48 horas después de que usted proporcione la información adicional especificada o 48 horas después del plazo dado para proporcionar dicha información.	No es obligatorio, pero puede ser un motivo de prórroga según lo dispuesto anteriormente.	No es obligatorio, pero puede ser un motivo de prórroga según lo dispuesto anteriormente.	Igual que la atención urgente o la reclamación previa al servicio, según corresponda, cuando la reclamación sea una solicitud de ampliación de la atención concurrente.
Notificación de determinación de prestaciones en revisión (apelación)	Tan pronto como sea posible pero a más tardar 72 horas después de la recepción de la apelación por parte del Plan. No se permiten prórrogas.	Dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 30 días después de la recepción de la apelación por parte del Plan. No se permiten prórrogas.	A más tardar 5 días después de la siguiente reunión de la Mesa Directiva programada regularmente después de la recepción de la apelación por parte del Plan, a menos que la apelación se presente menos de 30 días antes del siguiente período, en cuyo caso, a más tardar 5 días después de la segunda reunión de la Mesa Directiva programada después de la recepción de la apelación por parte del Plan.	Antes de que el tratamiento termine o se reduzca, cuando la determinación adversa de las prestaciones sea una decisión del plan de reducir o terminar la atención antes de tiempo.

Salvo en lo que respecta a las cuestiones de elegibilidad según el Plan, la Mesa Directiva no tiene nada que decir sobre las determinaciones de las prestaciones realizadas por un plan médico o dental asegurado (Kaiser y UnitedHealth Care), un proveedor dental prepago (DeltaCare USA), una organización de servicios o la compañía de seguros de vida y AD&D. Las reclamaciones de prestaciones en virtud de dichos acuerdos deben realizarse mediante los procedimientos de reclamación y apelación previstos por dicha HMO, proveedor dental de prepago, organización de servicios o aseguradora. **NO UTILICE EL PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES DE FROST INSULATORS AND ASBESTOS WORKERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND.** Para dichas reclamaciones, lea la Evidencia de Cobertura o la Póliza de Seguro del proveedor para conocer el procedimiento de reclamaciones y apelaciones aplicable a la prestación.

Presentar una reclamación

Usted o su representante autorizado pueden presentar una reclamación relacionada con la incapacidad, el plan médico de pago por servicio y el plan dental de pago por servicio poniéndose en contacto con la Oficina Administrativa llamando al (800) 433-6692. La Oficina Administrativa le proporcionará más instrucciones para presentar su reclamación. La Oficina Administrativa también puede pedirle que presente una autorización que certifique que ha autorizado a otra persona a actuar en su nombre (es decir, su "representante autorizado") para presentar una reclamación o un recurso. Por lo general, las reclamaciones deben presentarse en la Oficina Administrativa en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en que se produjeron los gastos. Existe una excepción a este límite de un (1) año en los casos en los que un proveedor contratado por Anthem Blue Cross tenga un acuerdo con Anthem Blue Cross que permita un periodo de tiempo más largo que este límite de un (1) año. En tales casos, prevalecerán los límites de presentación de reclamaciones contenidos en el acuerdo entre Anthem Blue Cross y el proveedor PPO. En ningún caso se considerarán las reclamaciones de proveedores no contratados por el Plan que no se

presenten dentro de un (1) año a partir de la fecha en que se prestaron los servicios.

Reclamación de incapacidad

Debe solicitar un formulario autorizado a la Oficina Administrativa. Complete los formularios y devuélvalos a la Oficina Administrativa con los documentos requeridos.

Para el seguro de vida

Debe avisar inmediatamente a la Oficina Administrativa y se enviarán los formularios necesarios al beneficiario. Complete los formularios y devuélvalos a la Oficina Administrativa con una copia certificada del certificado de defunción, con el número de Seguro Social del fallecido.

Para el seguro de muerte y desmembramiento accidental

Se debe notificar inmediatamente a la Oficina Administrativa y se enviarán los formularios necesarios al reclamante. Complete los formularios y devuélvalos a la Oficina Administrativa con los documentos requeridos.

Para los servicios de atención de la vista

El procedimiento para obtener los servicios de cuidado de la vista se encuentra en el folleto que describe sus prestaciones de cuidado de la vista. Siga estos procedimientos ANTES de concertar su cita para el cuidado de la vista.

Servicios dentales de pago por servicio

Se debe aconsejar a su DENTISTA que presente una autorización previa si se espera que los cargos superen los \$300.

1. Obtenga un formulario de reclamación dental de First Dental Health o del proveedor dental. Debe completar la parte superior donde se indica.
2. En su primera cita, presente el formulario de reclamación a su DENTISTA e indíquele que está cubierto por el Plan Dental del Fondo de Bienestar que incluye la red dental PPO de First Dental Health (FDH).
3. Pídale a su DENTISTA que complete el resto del formulario de reclamación.
4. Cuando se haya completado el servicio, envíe el formulario de reclamación a First Dental Health.

Prestaciones médicas de pago por servicio

Los siguientes procedimientos de reclamación de servicios médicos y de hospitalización se aplican únicamente a los mecánicos activos y a sus dependientes que reúnan los requisitos necesarios y que estén inscritos en el plan de pago por servicio del Fondo. Si está inscrito en un plan asegurado, deberá consultar su folleto para saber cómo utilizar el programa.

Para los servicios hospitalarios

Cuando usted o un dependiente que reúna los requisitos sea hospitalizado, muestre su tarjeta de identificación a la oficina de admisión del hospital. Indíqueles que presenten las reclamaciones a Anthem Blue Cross. Para recibir las prestaciones máximas disponibles en el hospital, deberá cumplir con la revisión previa al ingreso. Llame a Anthem Blue Cross al (800) 274-7767.

Para otros servicios o suministros médicos

Si recurre a un proveedor de la red de Anthem Blue Cross (o de la red local de Blue Cross Blue Shield si está fuera de California), muestre su tarjeta de identificación del Plan. El proveedor presentará su reclamación por usted. Por lo general, un proveedor no contratado también presentará las reclamaciones por usted, pero las reclamaciones de los proveedores no contratados deben presentarse a tiempo.

Pago por servicio de medicamentos recetados para pacientes externos

No se presentarán reclamaciones por medicamentos recetados a pacientes externos. El Fondo tiene un contrato con Optum para proporcionar una red de farmacias preferentes que dispensarán las recetas cubiertas. Deberá pagar el 20% del coste con descuento en el momento en que la farmacia preferida le surta la receta.

Reclamaciones presentadas

Al recibir su reclamación, ésta será categorizada como una reclamación previa al servicio, una reclamación posterior al servicio, una reclamación de atención urgente o una reclamación de atención concurrente. La

categorización de su reclamación dictará el plazo del Plan para responder a su reclamación. **TENGA EN CUENTA QUE LA MAYORÍA DE SUS RECLAMACIONES SERÁN POSTERIORES AL SERVICIO.**

Una **reclamación previa al servicio** es cualquier reclamación de prestaciones que requiera la aprobación antes de obtener la atención médica.

Una **reclamación posterior al servicio** es cualquier reclamación de reembolso de pagos de usted o de un proveedor por servicios o atención que ya haya recibido.

Una **reclamación de atención urgente** es cualquier reclamación de atención o tratamiento médico (incluida la atención odontológica) en la que la aplicación de los plazos para realizar determinaciones de atención no urgente:

- podría poner en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad de éste para recuperar su máxima funcionalidad; o
- en opinión de un médico con conocimiento de la condición médica del reclamante, sometería al reclamante a un dolor severo que no puede ser manejado adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto de la reclamación.

Puede hacer una solicitud verbal a la Oficina Administrativa para que determine una reclamación de atención urgente o presentar una reclamación de atención urgente por escrito a la Oficina Administrativa. Un médico u otro profesional de la atención médica que tenga conocimiento de su estado de salud puede actuar como su representante autorizado. No es necesario que dicho médico o profesional de la atención médica esté certificado como su "representante autorizado".

Es posible que se le pida que explique o describa si existen circunstancias médicas que puedan dar lugar a la necesidad de una tramitación acelerada de su reclamación, y cuáles son estas circunstancias médicas, es decir, qué circunstancias médicas existen que hacen que su reclamación sea una Reclamación de Atención Urgente.

Una **reclamación de atención concurrente** es una reclamación de atención o plan de tratamiento en curso que ha sido revisada y aprobada por el Plan. Un ejemplo sería la fisioterapia o los cuidados quiroprácticos, cuyo programa de tratamiento incluye un número limitado de consultas.

Una **reclamación de prestaciones por incapacidad** es una reclamación para la que la Oficina Administrativa debe tomar una decisión sobre la capacidad de la persona para realizar una actividad remunerada debido a una incapacidad física o mental.

Plazos para la toma de decisiones iniciales

Reclamación previa al servicio

Si tiene una reclamación previa al servicio y el Plan deniega su reclamación en su totalidad o en parte, el Plan le proporcionará una notificación por escrito de la determinación de las prestaciones del Plan en forma de una Explicación de las Prestaciones en un plazo de 15 días a partir de la recepción de su reclamación por parte del Plan, a menos que circunstancias ajenas al control del Plan requieran una prórroga. Si se requiere una prórroga, se le dará una notificación por escrito de la misma antes de que termine el período inicial de **15 días**. La prórroga no superará los 15 días desde la finalización del periodo inicial.

En el caso de que sea necesaria una prórroga por no haber presentado la información necesaria para decidir sobre su reclamación (incluido el informe de un examen médico requerido), la notificación por escrito de la prórroga describirá específicamente la información requerida. El plazo para tomar una decisión sobre las prestaciones también se suspenderá hasta que el Plan reciba toda la información solicitada o hasta la fecha establecida por el Plan para la entrega de la información (**45 días** u otro periodo más largo especificado en la notificación del Plan), lo que ocurra primero. Se tomará una decisión sobre su reclamación dentro de los **15 días** siguientes a la respuesta a la solicitud de información adicional o dentro de los **15 días** siguientes a la finalización del **plazo dado para proporcionar información adicional**, lo que ocurra primero.

Reclamación posterior al servicio

Si presentó una reclamación posterior al servicio y el Plan deniega su reclamación en su totalidad o en

parte, la Oficina Administrativa le proporcionará una notificación por escrito de la determinación de las prestaciones del Plan en forma de una Explicación de las Prestaciones en un plazo de **30 días** a partir de la recepción de su reclamación por parte del Plan, a menos que circunstancias ajenas al control del Plan requieran una prórroga. Si se requiere una prórroga, se le dará una notificación por escrito de la misma antes de que termine el período inicial de **30 días**. La prórroga no superará los **15 días** desde la finalización del periodo inicial.

En el caso de que sea necesaria una prórroga por no haber presentado la información necesaria para decidir sobre su reclamación (incluido el informe de un examen médico requerido), la notificación por escrito de la prórroga describirá específicamente la información requerida. El plazo para tomar una decisión sobre las prestaciones también se suspenderá hasta que el Plan reciba toda la información solicitada o hasta la fecha establecida por el Plan para la entrega de la información (**45 días** u otro periodo más largo especificado en la notificación del Plan), lo que ocurra primero. Se tomará una decisión sobre su reclamación dentro de los **15 días** siguientes a la respuesta a la solicitud de información adicional o dentro de los **15 días** siguientes a la finalización del **plazo dado para proporcionar información adicional**, lo que ocurra primero.

Reclamaciones de atención urgente

Si presentó correctamente una reclamación de atención urgente con toda la información necesaria, el Plan le proporcionará una notificación por escrito de su determinación de prestaciones lo antes posible, teniendo en cuenta las necesidades médicas, pero a más tardar **72 horas** después de la recepción de su reclamación por parte del Plan. Sin embargo, si no proporciona información suficiente para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o son pagaderos bajo el Plan, el Plan le notificará dentro de las **24 horas** siguientes a la recepción de su reclamación por parte del Plan la información específica necesaria para completar su reclamación. Deberá proporcionar la información especificada en un plazo de **48 horas** (o cualquier otro plazo más largo especificado en la notificación del Plan). A partir de entonces, el Plan le notificará la determinación de las prestaciones del Plan a más tardar **48 horas** después de la recepción por parte del Plan de la información especificada, o del final del período que se le haya dado para proporcionar la información adicional especificada, lo que ocurra primero.

Si no sigue el procedimiento para presentar una reclamación de atención urgente, se le notificará el incumplimiento y los procedimientos adecuados que debe presentar lo antes posible, pero a más tardar **24 horas** después de que el Plan reciba la reclamación indebida. Se le puede notificar verbalmente, en cuyo caso se le enviará una carta de confirmación por escrito en los tres días siguientes a la notificación verbal. Recibirá una notificación si la reclamación o su comunicación al Plan no incluye alguno de los siguientes datos: a) el nombre del reclamante concreto, b) la afección o síntoma médico específico y c) el tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita la aprobación del Plan.

Reclamación de atención concurrente

Si el Plan aprobó un tratamiento en curso para ser proporcionado durante un período de tiempo o un número de tratamientos y hay una reducción o terminación del curso o del número de tratamientos antes del final del período de tiempo o del número de tratamientos, el Plan le notificará con suficiente antelación la reducción o terminación para permitirle apelar la decisión antes de que se reduzca o termine la prestación.

Reclamación por incapacidad

Si ha presentado correctamente su reclamación de cobertura del Plan basada en una incapacidad con toda la información necesaria, el Plan le proporcionará una notificación por escrito de su determinación de prestaciones lo antes posible, pero a más tardar **45 días** después de la recepción de su reclamación por parte del Plan. Este periodo de **45 días** puede ampliarse hasta **30 días** (hasta un total de **75 días**) si el Plan determina que es necesaria una prórroga para tomar la determinación debido a asuntos que escapan al control del Plan, y le notifica antes de que expire el periodo inicial de **45 días** las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión. Si el Plan determina que es necesaria una prórroga adicional debido a asuntos que escapan al control del Plan, y le notifica antes de la expiración del primer período de **30 días** de prórroga las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión, entonces el periodo para tomar una determinación de prestaciones puede ser prorrogado por el Plan durante **30 días** adicionales (hasta un total de **105 días**). Sin embargo, si no proporciona la información suficiente para determinar la reclamación, el Plan le notificará dentro de los **30 días** siguientes a la recepción de la reclamación la información específica

necesaria para completar su reclamación. Deberá proporcionar la información especificada en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la solicitud. El plazo para tomar la decisión se suspenderá desde la fecha en que se le envíe la notificación de la prórroga hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

Requisitos de notificación para una reclamación inicial

Si se deniega una reclamación de extensión especial para empleados de mantenimiento activo discapacitados, de extensión especial para niños discapacitados mental y físicamente, o de seguro de vida durante la extensión de la cobertura por incapacidad total, la notificación en la que se exponga el motivo de la denegación de la reclamación incluirá las normas y el fundamento del desacuerdo con los profesionales sanitarios o vocacionales, o con la determinación de incapacidad por parte de un tercero, si procede.

Si su reclamación de prestaciones es denegada total o parcialmente, el Plan le proporcionará una notificación de la determinación adversa que incluya la siguiente información:

- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión (es decir, fecha de servicio y cantidad de la reclamación, etc.)
- La razón o razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las estipulaciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
- Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para perfeccionar su reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información;
- Una descripción del procedimiento de apelación del Plan y los plazos aplicables a dicho procedimiento;
- Una declaración relativa a su derecho a interponer una demanda civil en virtud de la sección 502(a) de ERISA tras una determinación adversa de las prestaciones en apelación;
- Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la denegación, la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que se basó en dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación y que se proporcionará una copia de dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio de forma gratuita si se solicita;
- Si la denegación se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente previa solicitud;
- Si se deniega su reclamación de atención urgente, la notificación también incluirá una descripción del procedimiento de apelación acelerado del plan; y
- Si usted es participante del Plan Médico de Pago por Servicio, la notificación proporcionará además una descripción de cualquier procedimiento de Revisión Externa disponible y cómo iniciar una Revisión Externa. También proporcionará el código de denegación y su correspondiente significado, así como una descripción de la norma, si la hay, que se utilizó para denegar la reclamación, incluyendo una discusión de la decisión. La notificación incluirá la fecha del servicio, el nombre del proveedor de atención médica, la cantidad de la reclamación y una declaración en la que se informe de la disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor del seguro médico o defensor del pueblo que pueda ayudarle con los procesos internos de reclamación y apelación y de Revisión Externa.

Presentar una apelación

Si no está de acuerdo con la determinación de su reclamación por parte del Plan, puede apelar la determinación ante la Mesa Directiva. Puede solicitar dicha revisión enviando una carta a la Oficina Administrativa dentro de los 180 días siguientes a la recepción de la notificación de denegación. Si está apelando una denegación de una reclamación de atención urgente, puede presentar su solicitud de revisión a la Oficina Administrativa de forma oral o por escrito. Al igual que con la toma de decisiones sobre la reclamación inicial, los plazos para responder a su apelación dependerán de la categorización de su

reclamación como reclamación de pre-servicio, pos-servicio, reclamación de incapacidad, reclamación de atención urgente o reclamación de atención concurrente.

Si su apelación se refiere a una Reclamación de Atención Urgente, toda la información necesaria, será transmitida entre usted y el Plan por teléfono, fax u otro método disponible similarmente expedito.

Plazos para la toma de decisiones en materia de apelación

Reclamación de cuidados posteriores al servicio/atención concurrente/incapacidad

Si presentó una apelación de una reclamación posterior al servicio denegada o una apelación de una reducción o terminación de un curso de tratamientos continuos o de número previamente aprobado, la Mesa Directiva le notificará su decisión sobre la apelación lo antes posible, pero a más tardar **5** días después de la siguiente reunión de la Mesa Directiva programada regularmente, a menos que la apelación se presente menos de **30** días antes de la siguiente reunión. En tal caso, la Mesa Directiva le notificará a más tardar **5** días después de la segunda reunión de la Mesa Directiva posterior a la recepción de la solicitud de revisión por parte del Plan. Si las circunstancias especiales exigen una prórroga adicional para el procedimiento, la Junta Directiva le notificará su determinación a más tardar **5** días después de la tercera reunión de la Junta Directiva posterior a la recepción de la solicitud de revisión por parte del Plan. La Mesa Directiva le proporcionará una notificación por escrito de la prórroga, describiendo las circunstancias especiales y la fecha a partir de la cual se tomará la determinación de las prestaciones, antes del inicio de la prórroga.

Reclamación de atención urgente

Si presentó una apelación de una reclamación de atención de urgencia denegada, de pre-servicio o de una reclamación de atención concurrente que también es una reclamación de atención de urgencia, el Plan le notificará su decisión dentro de las **72** horas siguientes a la recepción de su apelación por parte del Plan.

Reclamación de pre-servicio/reclamación de atención concurrente

Si presentó una apelación de una reclamación previa al servicio o de una reclamación de atención concurrente denegada por prestaciones que requieren la aprobación previa del Plan y que no implican atención o tratamiento médico urgente, el Plan le notificará su decisión a más tardar **30** días después de la recepción de su apelación por parte del Plan.

Derechos adicionales en la apelación

Si se considera, se basa o se genera cualquier prueba o fundamento nuevo o adicional para tomar una determinación de prestaciones en una apelación de una reclamación de Extensión Especial para Empleados de Mantenimiento Activo con Discapacidad, Extensión Especial para Niños con Discapacidad Mental y Física o Seguro de Vida durante la Extensión de la Cobertura por Discapacidad Total, se presentará al reclamante de forma gratuita tan pronto como sea posible antes de la determinación de la denegación de prestaciones en revisión.

Si decide presentar una apelación, tendrá los siguientes derechos:

- Tendrá la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamación a la Mesa Directiva/Administrador de Reclamaciones;
- Tendrá la oportunidad de solicitar un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para su reclamación de prestaciones de forma gratuita;
- La apelación tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por usted, sin tener en cuenta si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de las prestaciones;
- El revisor, es decir, la Mesa Directiva, considerará el expediente completo de la reclamación y tomará una decisión de forma independiente;
- La apelación será conducida por un fiduciario nombrado que no sea el individuo que tomó la determinación adversa inicial, ni el subordinado de dicho individuo;
- Si la denegación se basa total o parcialmente en un juicio médico, incluidas las determinaciones con

respecto a si un tratamiento, medicamento u otro documento en particular es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o adecuado, el fiduciario nombrado consultará con un profesional de la atención médica que tenga la formación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina implicado en el juicio médico;

- El profesional de atención médica consultado en la apelación no será la persona consultada en relación con la denegación inicial ni el subordinado de dicha persona; y
- Podrá solicitar la identificación de cualquier experto médico o profesional cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Plan en relación con la denegación inicial, sin tener en cuenta si se basó en dicho asesoramiento para tomar la decisión sobre las prestaciones.

Usted no tiene derecho a comparecer personalmente ante la Mesa Directiva. La Mesa Directiva puede autorizar una audiencia si determina que ésta sería de ayuda en su deliberación.

Requisitos de notificación para la denegación en la apelación

Si la Mesa Directiva deniega su apelación, le proporcionará una notificación de la determinación adversa que incluya la siguiente información:

- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión (es decir, fecha de servicio y cantidad de la reclamación, etc.);
- La razón o razones específicas de la determinación adversa;
- Una referencia a las estipulaciones específicas del plan en las que se basa la determinación de prestaciones;
- Una declaración sobre su derecho a solicitar, de forma gratuita, un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para su reclamación de prestaciones;
- Una declaración en la que se describan los procedimientos de apelación voluntaria ofrecidos por el Plan y su derecho a obtener información sobre dichos procedimientos;
- Una declaración de su derecho a interponer una acción en virtud de la sección 502(a) de ERISA;
- Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la denegación, la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que se basó en dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación y que se le proporcionará una copia de dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio de forma gratuita si lo solicita;
- Si la denegación se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente previa solicitud; y
- Si usted es participante del Plan Médico de Pago por Servicio, la notificación proporcionará además una descripción de cualquier procedimiento de Revisión Externa disponible y cómo iniciar una Revisión Externa. También proporcionará el código de denegación y su correspondiente significado, así como una descripción de la norma, si la hay, que se utilizó para denegar la reclamación, incluyendo una discusión de la decisión. La notificación incluirá la fecha del servicio, el nombre del proveedor de atención médica, la cantidad de la reclamación y una declaración en la que se informe de la disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor del seguro médico o defensor del pueblo que pueda ayudarle con los procesos internos de reclamación y apelación y de Revisión Externa. Si la Mesa Directiva considera, se basa o genera pruebas nuevas o adicionales en el procedimiento de consideración de su reclamación, dichas pruebas se le proporcionarán gratuitamente lo antes posible antes de la fecha en la que la Mesa Directiva deba notificar su decisión final sobre la apelación. Si la Mesa Directiva tiene la intención de emitir una decisión final adversa sobre la apelación (denegar su apelación en su totalidad o en parte) basándose en una justificación nueva o adicional, la Mesa Directiva le proporcionará, sin cargo alguno, la

justificación lo antes posible antes de la fecha en la que la Mesa Directiva deba proporcionar la notificación de su decisión final sobre la apelación.

Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos anteriores, póngase en contacto con la Oficina Administrativa llamando al (800) 433-6692.

Procedimientos de apelación en el plan médico de pago por servicio

Esta subsección es aplicable únicamente a los participantes del Plan Médico de Pago por Servicio.

De acuerdo con la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible y la normativa aplicable, el Plan establece un procedimiento de revisión de reclamaciones y apelaciones en dos pasos en el Plan Médico de Pago por Servicio. El primer paso es una apelación interna al Plan, tal como se indica en la página 25. Si su reclamación es denegada, puede ser elegible para que una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) revise su reclamación de acuerdo con un procedimiento llamado "Revisión Externa".

Por lo general, la Revisión Externa sólo está disponible después de que la denegación de su reclamación haya sido confirmada tras el último nivel de apelación del Plan. Sin embargo, en circunstancias limitadas puede tener derecho a que su reclamación sea revisada por una IRO antes de agotar el procedimiento de apelación del Plan. Consulte la revisión externa acelerada para obtener más detalles.

La Revisión Externa está disponible para las reclamaciones que implican un juicio médico (incluyendo, por ejemplo, las basadas en el requisito del Plan sobre la necesidad médica, la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la eficacia de una prestación cubierta o la determinación de si un tratamiento es experimental o de investigación) y para la rescisión de la cobertura.

Las orientaciones de las agencias gubernamentales federales pueden limitar o ampliar aún más el alcance de la Revisión Externa. El Plan proporcionará un procedimiento de Revisión Externa de acuerdo con las orientaciones aplicables.

El procedimiento de revisión externa

Su solicitud de revisión externa debe presentarse de acuerdo con las instrucciones contenidas en la notificación de denegación de la apelación y debe recibirse a más tardar cuatro meses después de la fecha de recepción de la notificación de denegación de la apelación. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de la notificación de denegación de la apelación, entonces la solicitud debe presentarse antes del primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la notificación de denegación. Por ejemplo, si la fecha de la notificación de denegación es el 30 de octubre, al no existir el 30 de febrero, la solicitud deberá presentarse antes del 1 de marzo. Si la última fecha de presentación cayera en un sábado, domingo o día festivo federal, la última fecha de presentación se extenderá al siguiente día que no sea un sábado, domingo o día festivo federal.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud de Revisión Externa, el Administrador del Plan completará una revisión preliminar para determinar si su solicitud está completa y es elegible para la Revisión Externa. Esa revisión preliminar determinará: si usted estaba cubierto por el Plan en el momento en que se solicitó o prestó el artículo o servicio; si la denegación final de su apelación estaba relacionada con su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad del Plan; si agotó el procedimiento de apelación interna del Plan (o no está obligado a agotar el proceso); y si ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para tramitar una Revisión Externa. En el plazo de un día laborable después de que el Administrador del Plan complete su revisión preliminar, le enviará una notificación por escrito. Si su solicitud está completa, pero no es elegible para la Revisión Externa, la notificación incluirá las razones de su no elegibilidad y la información de contacto de la Administración de Seguridad de las Prestaciones de los Empleados. Si su solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud y se le permitirá perfeccionar su solicitud de Revisión Externa dentro del período original de cuatro meses para presentarla o, si es más tarde, en el período de 48 horas siguientes a la recepción de la notificación.

Si su solicitud de Revisión Externa está completa y es elegible, el Administrador del Plan asignará a una OIR calificada para que realice la Revisión Externa y dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la asignación le proporcionará a la IRO los documentos y la información que el Administrador del Plan consideró para realizar su denegación final de la apelación.

Usted tendrá al menos diez (10) días para presentar información adicional a la IRO. Si presenta información adicional, la IRO enviará esa información al Plan y éste podrá reconsiderar su determinación. Si el Plan no revoca su determinación, la IRO revisará toda la información y los documentos recibidos y no estará obligada por ninguna decisión o conclusión a la que haya llegado la Mesa Directiva durante el procedimiento interno de reclamación y apelación del Plan. La IRO también podrá considerar lo siguiente para tomar su decisión: sus registros médicos; la recomendación del profesional de atención médica que lo atiende; los informes de los profesionales de atención médica adecuados y otros documentos presentados por el Administrador del Plan, usted o su proveedor tratante; los términos del Plan, para asegurarse de que la decisión de la OIR no sea contraria a los términos del Plan; las pautas de práctica médica adecuadas; cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el Plan; y la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO.

La IRO le proporcionará una notificación por escrito a usted y al Administrador del Plan sobre la decisión final de la Revisión Externa dentro de los 45 días posteriores a que la IRO reciba la solicitud de Revisión Externa. La notificación de la IRO contendrá, en la medida en que lo exija la ley una descripción general del motivo de la solicitud de Revisión Externa, incluyendo información suficiente para identificar la reclamación, el código de diagnóstico y su correspondiente significado, el código de tratamiento y su correspondiente significado y el motivo de la denegación anterior; la fecha en que la IRO recibió la asignación y la fecha de la decisión de la IRO; referencias a las pruebas o documentación consideradas para llegar a su decisión, incluyendo las estipulaciones específicas de cobertura y las normas basadas en pruebas; una discusión de la razón o razones principales de su decisión, incluyendo la justificación de su decisión y cualquier norma basada en la evidencia en la que se basó para tomar su decisión; una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal para el Plan o para usted; una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para usted; y, en su caso, la información de contacto actual para cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo. Si la IRO revocó la determinación del Plan, el Plan proporcionará inmediatamente la cobertura o el pago de la reclamación, pero se reserva el derecho de solicitar la revisión judicial u otros recursos disponibles o que puedan estar a disposición del Plan en virtud de las leyes y reglamentos aplicables.

Revisión externa acelerada

En las siguientes circunstancias, puede ser elegible para presentar una Revisión Externa acelerada:

- Si recibe una denegación de reclamación que implique una afección médica para la que el plazo para completar una apelación interna acelerada ante la Mesa Directiva pondría en grave peligro su vida o su salud, o que pondría en peligro su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, y ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada; o
- Si recibe una denegación de reclamación que implica una admisión, disponibilidad de atención, estancia continuada o un documento o servicio de atención médica para el que el reclamante recibió servicios pero no ha sido dado de alta de un centro y el reclamante ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada; o
- Si recibe una denegación de apelación final por parte del administrador y:
 - Tiene una condición médica para la cual el plazo para completar una apelación externa estándar pondría en grave peligro su vida o su salud, o pondría en peligro su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad; o
 - Si la denegación de la reclamación final se refiere a un ingreso, a la disponibilidad de la atención, a la continuación de la estancia o a un documento o servicio de atención médica por el que usted ha recibido servicios de emergencia pero no ha sido dado de alta de un centro médico.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de una Revisión Externa acelerada, el Administrador del Plan completará una revisión preliminar de su solicitud para determinar su elegibilidad para una Revisión Externa acelerada. Inmediatamente después de completar la revisión preliminar, el Administrador del Plan le emitirá una notificación por escrito de su elegibilidad para una Revisión Externa acelerada. Si su solicitud está completa pero no es elegible para una Revisión Externa acelerada, la notificación incluirá las razones de la no elegibilidad. Si su solicitud está incompleta, la notificación describirá la información o los materiales

necesarios para completar la solicitud y usted tendrá la oportunidad de completarla.

Una vez que se determine que una solicitud es elegible para una Revisión Externa acelerada, el Administrador del Plan asignará una IRO para su revisión y transmitirá todos los documentos e información necesarios a la IRO. La IRO le notificará a usted y al Administrador del Plan la decisión final de la Revisión Externa con la mayor celeridad posible, pero en ningún caso más tarde de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de la Revisión Externa acelerada. Si la notificación de la decisión de la IRO no es por escrito, la IRO proporcionará una confirmación por escrito de su decisión dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de dicha notificación de la decisión.

Derecho a interponer una acción civil

Si alguna persona no está satisfecha con la decisión de la Revisión Externa o con la decisión final de la Mesa Directiva, ya sea después de la notificación por escrito de la denegación inicial de la Mesa Directiva de su reclamación, o después de su reconsideración, si la hubiera, de la reclamación, un reclamante tiene derecho a presentar una acción civil según la sección 502(a) de ERISA en un tribunal estatal o federal.

Ninguna persona podrá presentar una demanda contra el Plan, los Fideicomisarios o cualquiera de los agentes de los Fideicomisarios más de 180 días después de que el reclamante reciba la notificación por escrito de la denegación de la apelación o, en su caso, de la decisión de la Revisión Externa. A menos que el reclamante reciba una notificación expresa por escrito, el plazo de 180 días no se ampliará aunque la Junta Directiva vuelva a considerar la apelación después de la denegación. Este plazo de prescripción de 180 días se aplicará a todas las acciones legales y de equidad que surjan de una reclamación de prestaciones o que estén relacionadas con ella, incluyendo, pero sin limitarse a ello, cualquier acción legal o de equidad en virtud de ERISA en la medida en que la reclamación esté relacionada con la provisión de prestaciones o derechos en virtud del Plan.

SEGURO DE VIDA – PARA TODOS LOS MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES

Las prestaciones

Se pagarán \$10,000 del seguro de vida colectivo a su beneficiario en caso de que usted fallezca por cualquier causa. Esta cantidad está sujeta a cambios por parte de la Mesa Directiva.

Seguro durante la incapacidad total

Si queda totalmente incapacitado mientras su protección en el Fondo está en vigor y tiene menos de 60 años, la cantidad completa de su seguro de vida colectivo continuará durante el resto de la incapacidad sin ningún coste para usted. Póngase en contacto con la Oficina Administrativa para obtener más detalles.

Su beneficiario

Su beneficiario puede ser cualquier persona o personas que usted nombre por escrito en el formulario de inscripción suministrado por la Oficina Administrativa. Puede solicitar un cambio de beneficiario en cualquier momento presentando un nuevo formulario de inscripción en la Oficina Administrativa.

Si no designa a un beneficiario o si su beneficiario no le sobrevive y no selecciona a otro, su beneficiario será la persona o personas supervivientes en el orden de prioridad de la lista de las siguientes clases:

1. Cónyuge,
2. A partes iguales, los hijos, incluidos los legalmente adoptados,
3. A partes iguales, los padres,
4. A partes iguales, las personas con derecho a la sucesión de los bienes intestados según las leyes testamentarias estatales aplicables.

Como continuar con su seguro de vida si pierde la elegibilidad

Si su elegibilidad finaliza mientras la póliza de seguro colectivo sigue en vigor, su seguro de vida colectivo se pagará en caso de que su fallecimiento se produzca durante los 31 días siguientes.

Durante el periodo de 31 días podrá cambiar su seguro de vida colectivo por una póliza individual sin tener que presentar pruebas de buena salud. Podrá elegir cualquier tipo de póliza individual que emita habitualmente United of Omaha en ese momento, excepto un seguro a plazo o una póliza con prestaciones por incapacidad. La póliza individual entrará en vigor al finalizar el periodo de 31 días. Las primas serán las mismas que pagaría habitualmente si solicitara una póliza individual en ese momento. Para más detalles sobre este acuerdo, póngase en contacto con United of Omaha.

Si vuelve a ser elegible, no podrá acogerse a esta estipulación si hay alguna póliza individual en vigor como resultado de una conversión anterior.

SEGURO DE VIDA PARA SU FAMILIA – PARA TODOS LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES DE MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES

Las prestaciones

La cantidad del seguro de vida que se indica en el siguiente esquema se le pagará en caso de fallecimiento de un dependiente elegible por cualquier causa mientras esté asegurado en el Plan.

Cónyuge	\$1,000
Hijos – conforme a la edad:	
Menores de 6 meses	\$100
6 meses hasta los 21 (23 si es estudiante)	\$500

Si el seguro de vida de su dependiente finaliza porque ya no reúne los requisitos para ser considerado dependiente o debido a su fallecimiento o a la finalización de su elegibilidad, él o ella podrá convertir su cobertura en una póliza individual sin tener que presentar pruebas de buena salud, presentando una solicitud a United of Omaha dentro de los 31 días siguientes a la finalización del seguro del dependiente.

Las primas serán las mismas que se pagarían normalmente si ella o él solicitaran una póliza individual en ese momento. En caso de que vuelva a ser elegible, su dependiente no podrá acogerse a esta estipulación si existe alguna póliza individual en vigor como resultado de una conversión anterior.

Si su dependiente fallece dentro de los 31 días siguientes a la finalización de su seguro de vida, se le pagará la cantidad por la que estaba asegurado.

PRESTACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL – PARA TODOS LOS MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES

Las prestaciones

Sus prestaciones por muerte y desmembramiento accidental se pagarán por cualquiera de las siguientes pérdidas por medios accidentales, dentro o fuera del trabajo. La lesión debe producirse mientras usted está asegurado y el siniestro debe ocurrir dentro de los 12 meses siguientes a dicha lesión. El pago se efectuará independientemente de cualquier otra prestación que pueda recibir. El periodo de 12 meses no se aplicará si se encuentra en coma o se le mantiene con vida mediante un sistema de soporte artificial como consecuencia de un accidente cubierto.

Pérdida de vida\$20,000
(Pagada a su beneficiario)

Pérdida de dos o más:

Manos; pies; visión del ojo; o pérdida del habla o del oído.....\$20,000

(Se le paga a usted)

Pérdida de:
 Una mano; un pie; la vista de un ojo o
 Del habla o del oído\$10,000
 (Se le paga a usted)

Pérdida de:
 Pulgar e índice
 de la misma mano\$5,000
 (Se le paga a usted)

Su beneficiario puede ser cualquier persona o personas que usted nombre. Puede solicitar un cambio de beneficiario en cualquier momento presentando un nuevo formulario.

Si sufre más de un siniestro en un accidente, sólo se pagará el siniestro cuya cantidad sea mayor.

Exclusiones

No se pagarán prestaciones por cualquier pérdida que:

- no sea permanente;
- ocurra más de 90 días después de la lesión;
- sea causada por una intoxicación por monóxido de carbono;
- sea causada por una reacción alérgica;
- sea causada por el uso de sustancias controladas no autorizadas;
- resulte de lesiones que reciba mientras opera o viaja en cualquier aeronave, excepto como pasajero en un avión comercial en un vuelo regular;
- sea el resultado, estando usted cuerdo o loco, de:
 - una lesión o enfermedad autoinfligida intencionadamente; o
 - un suicidio o intento de suicidio;
- resulte de su participación en un motín o en la comisión de un delito grave;
- resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o de una agresión armada; o
- cualquier organismo gubernamental o sus agencias sean responsables mientras usted se encuentre en servicio activo o entrenando en:
 - las Fuerzas Armadas;
 - la Guardia Nacional
 - la Reserva de cualquier estado o país.

PRESTACIONES MÉDICAS DE PAGO POR SERVICIO - PARA MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN MÉDICO DE PAGO POR SERVICIO

¿Cómo funciona el plan médico de pago por servicio?

Una vez satisfecho el deducible del año civil, el Plan pagará los porcentajes establecidos para los gastos cubiertos. El Plan no impone ningún máximo anual en los Servicios médicos preventivos, excepto en el caso de ciertos servicios que se indican en la página siguiente.

Algunos hospitales, médicos y otros profesionales de la medicina han celebrado acuerdos con Anthem Blue Cross para proporcionar atención médica a índices negociados. Este Plan pagará un porcentaje mayor (85%) de los gastos cubiertos si utiliza un hospital de la PPO, proveedores de la PPO o recibe tratamiento de un proveedor no perteneciente a la PPO por una emergencia de buena fe, y pagará un porcentaje reducido (50%) si utiliza un hospital o un proveedor no perteneciente a la PPO. El plan pagará las prestaciones normales (80%) si:

- se encuentra fuera del área geográfica atendida por los proveedores contratados; o
- necesita instalaciones o servicios médicos especializados (como una ambulancia) para los que no hay proveedores contratados.

En la página web de Anthem Blue Cross www.anthem.com/ca (para California) o www.bcbs.com (fuera de California) encontrará un listado actualizado de los proveedores de la PPO o puede escribir o llamar a la oficina del Fondo.

Este Plan cuenta con programas de certificación de preadmisión, de revisión de estancia continuada y de revisión quirúrgica. Si no utiliza estos programas, el Plan pagará sólo el 75% de su reembolso habitual por las prestaciones hospitalarias y médicas, incluidos los gastos del médico. Para más detalles, consulte las páginas 46 a 47.

¿Qué es el deducible?

Usted es responsable de los primeros \$200 de gastos cubiertos durante un año civil. Esto se llama su "deducible". Si recurre a proveedores que no son de la PPO en un área de la PPO, es de \$400.

El deducible de cada año civil se aplica por separado a usted y a cada miembro elegible de su familia. Sin embargo, el deducible se considera satisfecho cuando los gastos cubiertos que se han aplicado a los deducibles de usted y de los miembros de su familia alcanzan un total de \$400 para los proveedores de la PPO o de 800 dólares para los proveedores no pertenecientes a la PPO en un año civil.

Los gastos elegibles de la PPO incurridos para los proveedores de la PPO durante el último trimestre (octubre, noviembre, diciembre) de un año civil y aplicados al deducible de ese año se trasladan y se utilizan para satisfacer el gasto deducible del año siguiente. Por ejemplo, suponga que tiene \$75 en facturas médicas en noviembre de un determinado año que se utilizan para el deducible de ese año. Estos \$75 se trasladarán y se aplicarán a su deducible del año siguiente. Esto significa que sólo tendrá que satisfacer \$125 durante el año siguiente (\$200 menos \$75). Este traspaso del deducible no se aplica al deducible familiar de \$400.

Se renuncia al deducible para los gastos cubiertos incurridos:

- como resultado de un accidente que ocurra mientras esté cubierto por el Plan;
- como paciente interno en un hospital PPO (consulte la página 38);
- en relación con un tratamiento quiropráctico;
- en un centro de maternidad;
- en relación con un examen físico cubierto;

- en relación con los cuidados paliativos;
- para vitaminas y minerales recetados por un médico que preste servicios cubiertos; y
- para el programa para dejar de fumar

Limitaciones de la prestación máxima anual

La prestación máxima anual general incluye los cargos por ciertos servicios que tienen las siguientes limitaciones:

Para proveedores PPO y no PPO:

- El tratamiento quiropráctico, incluyendo cualquier servicio de rayos X o de laboratorio ordenado por un quiropráctico, está limitado a 20 consultas durante un año civil.
- El tratamiento de acupuntura se limita a \$30 por consulta y a 50 visitas por año civil

Porcentaje a pagar

Para recibir las máximas prestaciones disponibles, debe cumplir con el programa de revisión de utilización del hospital, el programa de segunda opinión quirúrgica y el programa de revisión previa al procedimiento descritos en página 46. El incumplimiento de estos programas dará lugar a una reducción del 25% de las prestaciones que de otro modo serían pagaderas.

El Plan pagará los siguientes porcentajes de gastos cubiertos, sujetos al deducible, a la prestación máxima y a otras estipulaciones del Plan. Algunos gastos cubiertos están limitados como se describe en las páginas 38 - 46. Los siguientes porcentajes representan el porcentaje que el Plan pagará por los Servicios Cubiertos en relación con los Cargos Razonables o Permitidos, tal como se definen en la página 58.

Accidente.....	100% (de los primeros \$300 de gastos cubiertos por accidente)
Hospital PPO, otro proveedor PPO o servicios de emergencia de un proveedor no PPO	85%
Hospital no PPO u otro proveedor no PPO	50%
Hospital no PPO u otro proveedor no PPO para servicios fuera del área.....	80%
Centro de atención prolongada.....	80%
(Los gastos de alojamiento y manutención están limitados al 50% del índice de hospitalización semiprivado del hospital, hasta un máximo de 60 días por hospitalización.)	
Centro de partos	90%
Cuidados paliativos	100%
Segunda opinión quirúrgica, cuando la organiza Anthem Blue Cross	100%
Acupuntura.....	50%
Los CARGOS PERMITIDOS se limitan a 30 dólares por consulta y a 50 consultas por año civil.	
Tratamiento quiropráctico	80%
Los CARGOS PERMITIDOS están limitados a 20 consultas por año civil.	
Prestaciones de atención preventiva proporcionadas por un proveedor de la PPO	100%
Todos los demás gastos cubiertos	80%

Plan médico: después de que el afiliado incurra en \$15,000 de gastos cubiertos pagaderos al 80%, 85% o 90%; el plan pagará el 100% de los gastos PPO durante el resto del año civil. El desembolso máximo será de \$3,000 por individuo y \$6,000 por familia y excluye los cargos pagables al 50% (cargos no PPO, excepto los de emergencia) pero incluye el deducible PPO de \$200.

Plan de medicamentos recetados: el afiliado paga el 20% de los gastos cubiertos por medicamentos en el mostrador. Una vez que el individuo haya pagado \$3,600 en gastos en ventanilla (\$7,200 por familia), el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos durante el resto del año civil.

En ningún caso el desembolso máximo combinado de los gastos médicos y de medicamentos recetados superará los \$6,600 por individuo y los \$13,200 por familia.

¿Qué son los gastos cubiertos?

Los Gastos Cubiertos son los Cargos Razonables por los servicios y suministros descritos en las páginas 40 a 43 que son certificados por el médico tratante y determinados como Medicamento Necesarios para el cuidado y tratamiento de una lesión o condición.

Esto significa que los servicios y suministros que no son Medicamento Necesarios, tales como los Cuidados Custodiales o los servicios de ama de casa, no están cubiertos por el Plan.

Los gastos cubiertos por un servicio o suministro en particular no incluyen cargos que superen la cantidad considerada razonable o permitida para ese servicio o suministro en particular en el área en la que se prestó el servicio o suministro, según lo determine la Mesa Directiva, a su entera discreción.

Servicios de hospitalización

Si se recomienda la hospitalización, haga que su médico se ponga en contacto con Anthem Blue Cross para obtener un certificado de preadmisión. Consulte la página 47. El Plan pagará un porcentaje más alto de la factura y se eximirá del deducible si está hospitalizado en un hospital PPO.

Si usted o sus dependientes están ingresados en un hospital para el tratamiento de una lesión o enfermedad, el plan pagará el porcentaje aplicable de los gastos del hospital por una habitación semiprivada y por los gastos auxiliares.

Servicios hospitalarios para pacientes externos

Si usted o su dependiente no están ingresados en un hospital como pacientes registrados en cama, sino que reciben tratamiento en el departamento de consultas externas de un hospital, el plan pagará los porcentajes aplicables de los gastos cubiertos.

Centro de atención prolongada

Estos servicios están cubiertos si usted o sus dependientes han estado internados en un HOSPITAL de cuidados agudos (general) durante al menos cinco días consecutivos y luego celebran un centro de atención prolongada para recibir tratamiento adicional o rehabilitación en los siete días siguientes a la hospitalización. Por cada día, el Plan pagará el 80% de los Cargos Permitidos. Estos servicios prestados por proveedores PPO están cubiertos hasta la cantidad permitida por la Red de Blue Cross.

Los Cargos Permitidos para los proveedores no contratados son el menor de los siguientes:

- el índice de la habitación semiprivada del Centro de Atención Prolongada; o
- el 50% del índice medio de las habitaciones semiprivadas de los hospitales de la zona donde se encuentra el Centro de Atención Prolongada.

Las prestaciones para los cargos del Centro de Atención Prolongada se pagan durante un máximo de 60 días por hospitalización.

Servicios de un centro de partos

Si usted o su dependiente utilizan los servicios de un Centro de Parto, los gastos no están sujetos al deducible. El Plan pagará el 90% de los gastos cubiertos.

Cuidados paliativos

Si usted o su dependiente incurren en gastos relacionados con los Cuidados de Hospicio, los gastos no están sujetos al deducible. El Plan pagará el 100% de los Cargos Permitidos en los que se incurra (i) durante un período en el que un médico certifique que la persona cubierta es un paciente con una enfermedad terminal, y (ii) durante el período de duelo (el período de 12 meses que comienza en la fecha de la muerte del paciente con una enfermedad terminal).

Los servicios cubiertos incluyen:

- la hospitalización de un paciente con una enfermedad terminal hasta un total de ocho días de cuidados de relevo en el hospital;
- la atención médica a domicilio proporcionada al paciente terminal en su casa, incluyendo:
 - los servicios de un asistente de salud a domicilio;
 - servicios profesionales de una enfermera;
 - fisioterapia u otra terapia;
 - asesoramiento nutricional y comidas especiales;
 - gastos de apoyo médico;
 - servicios sociales prestados al paciente terminal o a la unidad familiar; y
 - el asesoramiento por duelo proporcionado a la unidad familiar durante el periodo de duelo.

Servicios quirúrgicos

Si se recomienda una cirugía electiva, debe ponerse en contacto con Anthem Blue Cross para determinar si es necesaria una revisión previa al procedimiento. Consulte la página 47. **Las prestaciones que de otro modo serían pagaderas se reducirán en un 25% si no cumple con el programa de revisión previa al procedimiento.**

El Plan pagará el porcentaje aplicable de los Cargos Permitidos realizados por un cirujano, un cirujano asistente y un anestesista. El porcentaje depende de si su médico es o no un proveedor PPO.

Rayos X de diagnóstico y análisis de laboratorio

El Plan pagará el porcentaje aplicable de los Cargos Permitidos por el tratamiento de diagnóstico realizado por un radiólogo o un laboratorio. El porcentaje depende de si utiliza o no un proveedor PPO.

Consulte la página 47 para ver una descripción del programa de revisión previa al procedimiento. Las prestaciones pagaderas de otro modo se reducirán en un 25% si no cumple con este programa.

Consultas médicas

Si usted o su dependiente reciben tratamiento no quirúrgico por una lesión o condición por parte de un médico, el plan pagará el porcentaje aplicable de los CARGOS ADMISIBLES realizados por el médico. El porcentaje depende de si utiliza o no un proveedor PPO.

Prestaciones de atención preventiva

El artículo 2713 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Ley PHS, por sus siglas en inglés) y sus reglamentos de aplicación exigen que los planes de salud colectivos no protegidos, como éste, cubran determinadas prestaciones de atención preventiva sin imponer ningún componente de reparto de costes al participante cuando éste reciba atención de un proveedor participante. Las categorías de prestaciones de atención preventiva son las siguientes:

1. Los documentos o servicios basados en la evidencia que tienen en efecto un índice de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EEUU (USPSTF, por sus siglas en inglés) con respecto al individuo en cuestión;

2. Inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto al individuo implicado;
3. Con respecto a los bebés, los niños y los adolescentes, la atención preventiva basada en pruebas y las pruebas de detección previstas en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA); y
4. Con respecto a las mujeres, la atención preventiva basada en la evidencia y las pruebas de detección previstas en las directrices integrales apoyadas por la HRSA, en la medida en que no estén incluidas en determinadas recomendaciones del USPSTF.

Puede encontrar una lista completa de los servicios específicos cubiertos bajo estas categorías de prestaciones de atención preventiva en <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>. La lista de servicios cubiertos será actualizada por la agencia gubernamental correspondiente de vez en cuando. Tenga en cuenta que el Plan dispone de un año a partir de la fecha en que se emitan nuevas directrices o recomendaciones para incorporarlas a las operaciones del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre los tipos de servicios cubiertos por esta subsección, póngase en contacto con su proveedor de seguro médico o con la Oficina Administrativa de la Fiduciaria llamando al (800) 433-6692.

Si una recomendación o directriz no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno para la estipulación de una prestación de atención preventiva recomendada, el plan o el emisor podrán utilizar técnicas razonables de gestión médica para determinar las limitaciones de cobertura.

Si una prestación o un documento de atención preventiva recomendada se factura por separado de una consulta, entonces la participación en los gastos puede aplicarse a la consulta. Si una prestación o documento de atención preventiva recomendada no se factura por separado de una consulta y el objetivo principal de la misma es la atención preventiva, entonces no se podrán imponer requisitos de reparto de costes con respecto a la consulta. Si una prestación o documento de atención preventiva recomendada no se factura por separado de una consulta y el propósito principal de la visita a la oficina no es la atención preventiva, entonces puede aplicarse la participación en los gastos a la visita a la oficina.

Vitaminas y minerales

Si usted o sus dependientes incurren en gastos por vitaminas y/o minerales recetados por un médico que preste servicios cubiertos, el Plan pagará el 80% de los Cargos Permitidos.

Tratamiento de acupuntura

Si usted o sus dependientes se someten a un tratamiento de acupuntura, el Plan pagará el 50% de los Cargos Permitidos realizados por un proveedor elegible hasta un pago máximo de \$30 por consulta. Un proveedor elegible bajo estas prestaciones es un médico o un acupunturista certificado.

Se cubre un máximo de 50 sesiones por persona y año civil.

Tratamiento quiropráctico

Si usted o su dependiente reciben tratamiento quiropráctico, el plan pagará el 80% de los Cargos Permitidos. Los Cargos Permitidos están limitados a 20 consultas en cualquier año civil para todo el tratamiento quiropráctico combinado.

Asesoramiento y tratamiento nutricional

Para cualquiera de las afecciones indicadas a continuación, el Fondo cubrirá una consulta inicial para la evaluación, las visitas de tratamiento y las visitas de seguimiento siempre que su médico le **remita por escrito** a un dietista titulado o a otro profesional de la nutrición. El Plan pagará el 80% de los gastos cubiertos para los programas de tratamiento aprobados o el 100% de los gastos cubiertos si se trata de una prestación de atención preventiva de las páginas 40 a 43.

1. Diabetes diagnosticada o antecedentes familiares de diabetes;
2. Enfermedad cardiovascular diagnosticada o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular;
3. Enfermedad renal;
4. Trastornos metabólicos pediátricos y fibrosis quística;

5. Ciertos trastornos metabólicos como la enfermedad malabsortiva, la colitis ulcerosa, la enfermedad celíaca o la enfermedad de Crohn; o
6. Alergias alimentarias diagnosticadas.

Un "dietista registrado" es una persona autorizada por el Estado en el que se prestan los servicios como dietista registrado y dicha persona está autorizada a proporcionar asesoramiento nutricional y dietético, evaluaciones y tratamiento por derivación de un proveedor de atención médica.

El Plan cubrirá los servicios de un individuo no designado como dietista registrado siempre que:

1. el individuo tenga un título de maestría o superior en un campo que cubra las ciencias de la nutrición clínica, de una universidad acreditada por una agencia regional de acreditación, y que sea considerado calificado para prestar servicios de nutrición y asesoramiento por el médico que lo remitió; **y**
2. el individuo haya completado al menos 900 horas de práctica dietética supervisada bajo la supervisión de un dietista registrado; **y**
3. el individuo está autorizado o certificado como profesional de la nutrición por el Estado en el que se prestan los servicios. En un Estado que no contemple la licencia o la certificación, el profesional de la nutrición será un proveedor elegible si está reconocido como "dietista registrado" por la Comisión de Registro Dietético.

Debe seguir el procedimiento indicado a continuación para que los servicios estén cubiertos por el Plan.

1. Obtenga una remisión por escrito de su médico. 2. Asegúrese de que su médico es consciente de que el Fondo sólo pagará los servicios de un dietista titulado o de otro profesional de la nutrición, tal y como se ha definido anteriormente. La remisión a un proveedor de atención médica no elegible no será pagada por el Fondo.
2. Concierte una cita con el proveedor al que le han remitido y haga que éste presente la remisión del médico y el programa de tratamiento propuesto a la oficina del Fondo.

Tratamiento de afecciones mentales

Si usted o sus dependientes se someten a un tratamiento ambulatorio de una afección mental, el Plan pagará el porcentaje aplicable de los Cargos Permitidos realizados por un proveedor elegible. El porcentaje depende de si utiliza o no un proveedor PPO. Un proveedor elegible bajo estas prestaciones es un médico o un psicólogo.

Dependencia química

El Plan pagará el porcentaje aplicable de los Cargos Permitidos realizados por un proveedor elegible. El porcentaje depende de si utiliza o no un proveedor PPO para el tratamiento de la dependencia química en régimen de hospitalización o ambulatorio. Para recibir las prestaciones máximas disponibles, debe cumplir con el programa de certificación de preadmisión.

Si no utiliza este programa, las prestaciones que de otro modo serían pagaderas por la hospitalización y los gastos médicos relacionados se reducirán en un 25%.

Prestaciones del programa para dejar de fumar

El Fondo ha llegado a un acuerdo con la Línea de Ayuda para Fumadores de California y la Línea de Ayuda para Usuarios de Tabaco de Nevada (para los no residentes en California) para proporcionar servicios de asesoramiento a los empleados y sus dependientes que deseen dejar de fumar o estén pensando en hacerlo.

LAS LÍNEAS DE AYUDA ESTÁN A SU DISPOSICIÓN Y A LA DE SUS DEPENDIENTES QUE REÚNAN LOS REQUISITOS, SIN COSTE ALGUNO PARA USTED.

Los residentes de California deben ponerse en contacto con la Línea de Ayuda a los Fumadores de California de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 9:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. a los siguientes teléfonos:

Inglés - 1-800-NO-BUTTS (800-662-8887) Español - 1-800-45-NO-FUME (800-456-6386)

Los residentes de Nevada y de cualquier otro estado, excepto California, deben ponerse en contacto con

la Línea de Ayuda a los Usuarios de Tabaco de Nevada de lunes a viernes de 10:00 a 21:00 horas y los sábados de 13:00 a 17:00 horas, a la que pueden llamar al siguiente teléfono:

Todos los demás estados (incluido Nevada) – 1-800-QUIT NOW (800-784-8669)

En la Oficina Administrativa hay folletos separados que describen los programas de asesoramiento.

Cuando llame para solicitar servicios de asesoramiento, identifíquese como miembro de Heat and Frost Insulators y Asbestos Workers Health and Welfare Fund.

El Zyban y los productos de sustitución de la nicotina como el chicle, el inhalador, el parche o el spray están cubiertos por el Fondo. El Fondo le reembolsará cuando presente las reclamaciones tal y como se describe en las páginas 26 a 27.

Otros servicios y suministros

El Plan pagará el porcentaje aplicable de los gastos cubiertos para los documentos que se indican a continuación:

1. Los servicios de un psicoterapeuta autorizado o de una enfermera titulada, siempre que los servicios hayan sido ordenados por un médico, excluyendo los de un miembro de su familia;
2. Servicio de ambulancia con licencia hasta el hospital más cercano en el que se pueda prestar atención y tratamiento a la lesión o enfermedad;
3. Fármacos y medicamentos que requieran la receta de un médico;
4. Oxígeno;
5. Miembros u ojos artificiales iniciales que sustituyan a los naturales perdidos durante la cobertura;
6. Alquiler de equipos médicos duraderos utilizados exclusivamente para el tratamiento de lesiones o enfermedades, pero sin superar el precio de compra razonable;
7. Anestesia; y
8. Sangre y otros fluidos para ser inyectados en el sistema circulatorio.

Prestaciones especiales de atención médica alternativa

(en lugar de la hospitalización u otra terapia médica convencional costosa en régimen ambulatorio)

Si el médico del paciente recomienda un tratamiento médico alternativo en lugar de la hospitalización u otra terapia médica convencional costosa en régimen ambulatorio, el Plan podrá incluir prestaciones médicas o de medicamentos recetados que de otro modo no estarían cubiertas, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

9. el programa de tratamiento es el documento o servicio de menor coste que satisface las necesidades médicas del paciente y es menos costoso que todas las demás alternativas convencionales;
10. el tratamiento no se realiza como parte de un estudio de investigación o ensayo clínico;
11. los estudios clínicos demuestran que el programa de tratamiento alternativo propuesto prolongará la vida del paciente previsto y mantendrá o restablecerá la función física o social adecuada a las actividades de la vida diaria de forma más eficaz que la terapia convencional.

El programa de tratamiento propuesto debe presentarse a la Oficina Administrativa, que coordinará la aprobación con la Organización de Revisión de la Utilización del Plan. Podrán pagarse prestaciones adicionales por medicamentos recetados, atención de enfermería especializada y atención médica a domicilio, según la recomendación de la Organización de Revisión de la Utilización, utilizando las directrices indicadas en las secciones (a) a (c) anteriores.

El pago de las prestaciones en virtud de esta estipulación del Plan se limitará a la estipulación de pago de prestaciones por año civil del Plan y a los porcentajes de las prestaciones médicas similares y se limitará además a los servicios específicos y al número de días aprobados por la Organización de Revisión.

Exclusiones médicas

Además de las exclusiones generales enumeradas en la página 54 y de cualquier limitación o exclusión contenida en las descripciones de las prestaciones, no se proporcionan prestaciones médicas de pago por servicio para los gastos relacionados con:

1. Medicamentos de terapia génica y tratamientos y servicios relacionados.
2. Exámenes, servicios y suministros médicos que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una lesión o enfermedad, excepto cuando se indique específicamente.
3. Cuidados rutinarios de un niño dependiente recién nacido durante su hospitalización, excepto en los hospitales PPO.
4. Refracciones oculares, gafas o lentes de contacto, o la adaptación de gafas o lentes de contacto, excepto:
 - a. Los lentes de contacto utilizados en el tratamiento del queratocono; y
 - b. La sustitución de un lente retirado a causa de una catarata (otros documentos pueden estar cubiertos por las prestaciones de visión rutinarias del Plan por separado. Consulte el folleto separado que describe estas prestaciones).
5. Aparatos auditivos.
6. Cirugía estética, excepto:
 - a. El tratamiento de un defecto de nacimiento; y
 - b. La(s) operación(es) necesaria(s) para reparar una desfiguración debida a un accidente ocurrido mientras se está cubierto por el Plan, siempre que la(s) operación(es) se realice(n) mientras se está cubierto por el Plan a más tardar dos años después del accidente.
7. Cualquier operación o tratamiento relacionado con la colocación o el uso de prótesis dentales o para el tratamiento de los dientes o las encías, excepto:
 - a. Los tumores; y
 - b. El tratamiento de lesiones accidentales en dientes naturales sanos (incluida su sustitución) y fracturas debidas a un accidente ocurrido mientras está cubierto por el Plan, (para la atención dental, consulte las prestaciones dentales separadas del Plan en la página 51).
8. Los gastos relacionados con las condiciones de embarazo de una hija dependiente, excepto las complicaciones del embarazo. Las complicaciones del embarazo incluyen, entre otras, la infección puerperal, la eclampsia, el embarazo ectópico y la toxemia.
9. Cirugía de queratotomía radial, Lasik u otros procedimientos para la corrección quirúrgica de la miopía y/u otros errores de refracción.
10. Cuidados de la casa o custodia.
11. Procedimientos experimentales y/o de investigación, excepto que nada de lo aquí expuesto se aplicará a un individuo calificado en un ensayo clínico aprobado.
12. Los gastos de Cuidado Paliativo incurridos por un paciente con una enfermedad terminal o un miembro de la unidad familiar que no sea un empleado mecánico elegible o un dependiente elegible bajo el Plan.

¿Existen prestaciones después de perder mi elegibilidad?

Las prestaciones médicas de pago por servicio continuarán para las personas con incapacidad total por los gastos cubiertos incurridos en relación con el tratamiento de la enfermedad que causa la incapacidad total hasta 12 meses después de la fecha de finalización de la cobertura o hasta que se hayan alcanzado

los límites máximos del Plan, lo que ocurra primero. Si la persona se recupera de la incapacidad total, las prestaciones cesarán a partir de la fecha de recuperación.

ESTA EXTENSIÓN DE LAS PRESTACIONES CESARÁ A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA PERSONA PASE A ESTAR CUBIERTA POR LA CONDICIÓN DE INCAPACIDAD BAJO CUALQUIER OTRO PLAN DE GRUPO, INCLUYENDO MEDICARE.

PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN Y REVISIÓN DE ESTANCIA CONTINUADA - PARA MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES INSCRITOS EN LAS PRESTACIONES MÉDICAS DE PAGO POR SERVICIO DEL FONDO

Tal y como se indica en la descripción de las prestaciones de hospital, el Plan cuenta con un programa de certificación de preadmisión y de revisión de la estancia continuada. Este programa se proporciona a través de Anthem Blue Cross.

Si no utiliza este programa, el Plan pagará sólo el 75% de lo que se habría pagado por los gastos médicos y de hospital, incluidos los cargos del médico.

¿Qué es el certificado de preadmisión?

El certificado de preadmisión está diseñado para evitar hospitalizaciones innecesarias. A través de este procedimiento de revisión, usted y su médico serán informados de si es adecuada una estancia en el hospital. Tal vez una cirugía recomendada pueda realizarse de forma ambulatoria, ahorrándole así el gasto de su bolsillo. Si Anthem Blue Cross tiene alguna duda sobre la necesidad de una hospitalización, se pondrá en contacto con su médico y se resolverá el problema.

¿Cómo funciona el programa?

Si le recomiendan un ingreso en el hospital que no sea de emergencia, debe decirle a su médico que necesita un certificado de preadmisión. Pídale que llame a:

Anthem Blue Cross

De lunes a viernes de 7:30 a.m. – 5:00 p.m.
(800) 274-7767

Usted, su médico, el hospital y la Oficina Administrativa serán informados si la hospitalización es aprobada. En caso de que haya un desacuerdo sobre si la hospitalización es médicamente necesaria, su médico y el médico de la organización de revisión resolverán el problema.

Si no se resuelve, se le avisará en ese momento y se le informará sobre el procedimiento de apelación. Sin embargo, antes de que se produzca ningún gasto, sabrá que su reclamación puede ser denegada porque la hospitalización no es médicamente necesaria. Este programa le protege.

Nota importante:

De acuerdo con la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres, este Plan proporcionará cobertura para una estancia hospitalaria de hasta 48 horas después de un parto normal y de hasta 96 horas después de un parto por cesárea sin que se requiera un certificado de preadmisión o una revisión de la estancia continuada. Sin embargo, usted o su médico deberán ponerse en contacto con Anthem Blue Cross si se prevé que la estancia en el hospital tras el parto será superior a los periodos de 48 o 96 horas permitidos por la Ley.

¿Qué es la revisión de la estancia continuada?

Una vez que haya celebrado la hospitalización tras el certificado de preadmisión, Anthem Blue Cross continuará supervisando su estancia para determinar la duración adecuada de la hospitalización y la necesidad de los servicios médicos.

Si la organización de revisión concluye que su hospitalización continuada es innecesaria, usted y su médico serán notificados. Puede continuar en el hospital, pero debe ser consciente de que el pago de los días no aprobados será su responsabilidad. Por supuesto, usted tiene derecho a apelar esta decisión.

¿Qué ocurre en las hospitalizaciones de emergencia?

Si es necesario que le ingresen en el hospital de urgencia, no será necesario obtener una autorización previa. Sin embargo, Anthem Blue Cross revisará su historial para determinar la necesidad de su ingreso y la duración necesaria de la estancia. Es importante que el hospital, su médico o un familiar llame a Anthem Blue Cross lo antes posible en caso de hospitalización de emergencia.

¿Cómo afecta el programa a las prestaciones médicas?

Sus prestaciones sólo se reducirán si no recibe el certificado de preadmisión para las hospitalizaciones que no sean de emergencia o la revisión de la estancia continuada para todas las admisiones. En el caso de que no se cumplan estos requisitos, sus prestaciones se reducirán al 75% de lo que se pagaría de otro modo.

PROGRAMA DE REVISIÓN PREVIA AL PROCEDIMIENTO - PARA MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES INSCRITOS EN LAS PRESTACIONES MÉDICAS DE PAGO POR SERVICIO

Ciertos procedimientos para pacientes externos, como las cirugías realizadas en centros de cirugía ambulatoria, la atención médica a domicilio, la terapia de infusión, algunos equipos médicos duraderos y los procedimientos de diagnóstico por rayos X, como algunas resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y escáneres PET, requieren una revisión de utilización. **Es mejor asegurarse de que usted o su médico se pongan en contacto con Anthem Blue Cross para ver si se requiere una revisión de utilización para cualquier curso de tratamiento propuesto o pruebas especiales. Si no obtiene la autorización adecuada, el Plan sólo pagará el 75% de su reembolso habitual por los gastos hospitalarios y médicos, incluidos los honorarios del médico.**

¿Cómo funciona el programa?

Cuando se enfrente a la cuestión de someterse o no a una intervención quirúrgica o a un procedimiento de diagnóstico importante, es importante que sepa lo máximo posible sobre su enfermedad, las posibilidades de tratamiento alternativo y los riesgos quirúrgicos que conlleva.

Si su médico le recomienda una intervención quirúrgica electiva, deberá llamar:

Anthem Blue Cross

De lunes a viernes: 7:30 a.m. – 5:00 p.m.
(800) 274-7767

PRESTACIONES DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE PAGO POR SERVICIO

El plan de medicamentos recetados de pago por servicio cubre el 80% del coste razonable de los medicamentos recetados cubiertos para usted y sus dependientes que reúnan los requisitos necesarios, obtenidos a través de los programas de farmacia de venta al por menor y/o de servicio por correo. Deberá pagar al farmacéutico o al establecimiento de venta por correo el 20% del coste descontado.

Farmacia minorista participante

Lleve su receta a cualquier farmacia participante de OptumRx, entregue su receta al farmacéutico e identifíquese como participante del Fondo de Bienestar y Salud de los Aisladores Térmicos y del Amianto. Presente su tarjeta de identificación de la receta al farmacéutico, quien transmitirá la receta en línea a OptumRx para verificar la elegibilidad y la cantidad de su copago.

La red de farmacias minoristas de OptumRx incluye Albertsons, Costco, CVS, Rite Aid, Sav-On Drugs, Vons y Walgreens, así como muchas farmacias independientes dentro y fuera de California. Póngase en contacto con la Oficina Administrativa para obtener un listado completo de las cadenas de farmacias participantes en OptumRx, o puede llamar a OptumRx o a la Oficina Administrativa para obtener información sobre las farmacias independientes que participan en la red nacional de OptumRx.

Farmacia de servicio por correo

El programa de servicio de recetas por correo de OptumRx es una forma cómoda y económica de pedir un suministro de medicamentos de mantenimiento para hasta 90 días para que se lo entreguen directamente en su casa. Por favor, anime a su médico a que le haga una receta para 90 días completos para poder aprovechar al máximo sus prestaciones de servicio por correo.

¿Cuáles son las ventajas del programa de servicio de correo?

- **Puede ahorrar dinero:** Ordene un suministro de medicamentos para hasta 90 días.
- **Puede ahorrar tiempo:** Los medicamentos se entregan cómodamente en su domicilio a través del correo de EE.UU. Como puede recibir un suministro de hasta 90 días, se ahorrará la molestia de tener que volver a pedir con frecuencia.

Cómo utilizar el programa de servicio de correo

1. Llame a OptumRx al 1 (800) 562-6223 y le solicitarán una nueva receta a su médico. OptumRx necesitará saber el nombre del medicamento, la potencia, por ejemplo, 50 mg, 10 mcg, etc., y la dosis, así como el nombre completo y el número de teléfono de su médico.
2. Si prefiere hacer el pedido por correo, obtenga un sobre de servicio de correo de OptumRx en la Oficina Administrativa o llamando al número gratuito de OptumRx **(800) 562-6223**.
3. Complete la información requerida y adjunte su receta y la información de pago en el sobre. OptumRx procesará su pedido y le enviará los medicamentos a su domicilio por correo de EE.UU. o por UPS. En el caso de las primeras reposiciones de una receta, su receta llegará normalmente dentro de los siete días hábiles siguientes a la recepción de su pedido. Las reposiciones se enviarán normalmente en 48 horas.
4. Su médico también puede llamar o enviar por fax su receta a OptumRx. Indique a su médico que proporcione a OptumRx su número de identificación de miembro y la información de cobertura de su tarjeta de medicamentos, así como su número de teléfono diurno. OptumRx se pondrá en contacto con usted para organizar el pago.

5. Para tramitar cómodamente los reabastecimientos por teléfono, póngase en contacto con OptumRx llamando al (800) 562-6223 y tenga a mano los números de sus recetas y los datos de su tarjeta de crédito. También puede tramitar los resurtidos en www.optumrx.com

NÚMERO GRATUITO:

(800) 797-9791 o (800) 562-6223

PÁGINA WEB: www.rxsolutions.com

5:00 a.m. a 9:00 p.m. (PST) Días hábiles

7:00 a.m. a 7:00 p.m. (PST) sábados y domingos

Revisión de la gestión de la utilización

Las prestaciones ofrecidas por el plan de pago por servicio de las recetas están sujetas a la Revisión de la Gestión de la Utilización. La Revisión de la gestión de la utilización es el procedimiento por el que el Plan determina qué servicios están cubiertos por el Plan y también implica la determinación de qué servicios o tratamientos son médicamente necesarios. Se imponen limitaciones a la cobertura de los medicamentos recetados y los tratamientos de acuerdo con los siguientes programas de revisión de la gestión de la utilización:

- **Autorización previa:** Ciertos medicamentos estarán sujetos a autorización previa, incluidos algunos medicamentos especializados y no especializados, lo que requiere la verificación por parte del prescriptor de criterios clínicos específicos implementados por OptumRx para ayudar a gestionar el uso adecuado de los medicamentos y determinar si la cobertura del medicamento es médicamente necesaria. Una vez que el prescriptor proporcione la información necesaria y se cumplan los criterios específicos, OptumRx aprobará sus medicamentos y el Plan cubrirá su parte del coste de la receta.
- **Límites de cantidad:** Algunos medicamentos con receta estarán sujetos a límites de cantidad. Estos límites de cantidad se aplicarán utilizando directrices de cantidad basadas en las recomendaciones de la FDA para evitar una dosis y una duración del tratamiento inadecuadas.
- **Terapia escalonada:** Ciertos medicamentos recetados estarán sujetos a las directrices de la terapia escalonada, antes de la aprobación del tratamiento de medicamentos recetados solicitado. Los medicamentos recetados sujetos a estas directrices son generalmente medicamentos recetados con alternativas más rentables o clínicamente preferidas. Según las directrices de la terapia escalonada, OptumRx examinará su historial de reclamaciones individuales para asegurarse de que dichas alternativas rentables o clínicamente preferidas se utilizaron antes del tratamiento de medicamentos con receta solicitado.
- **Medicamentos especializados:** Ciertos medicamentos recetados se consideran medicamentos especializados y deben ser dispensados a través de la farmacia especializada de OptumRx. Para recibir las prestaciones de medicamentos con receta, debe inscribirse en el programa de gestión clínica de OptumRx antes de surtir su primera receta de medicamentos especializados. En el marco de este programa se proporcionará un suministro máximo para 30 días (por cada surtido) durante toda la duración del tratamiento con receta.

Programas de medicamentos vigilados

Cada año se introducen en el mercado muchos medicamentos nuevos, algunos con un coste más elevado y sin valor terapéutico adicional. Se implementarán las siguientes estrategias de programas de medicamentos para garantizar que el Fideicomiso cubra los medicamentos más adecuados y asequibles desde el punto de vista clínico, según las recomendaciones de OptumRx.

Estrategias de medicamentos *Me Too*, de marca de alto coste con genéricos y de genéricos de alto coste
La estrategia *Me Too* excluye los nuevos medicamentos con una composición similar a la de los medicamentos existentes y que no tienen ninguna ventaja adicional.

La estrategia de marca de alto coste con genérico excluye los medicamentos de marca de mayor coste cuando existe un genérico de menor coste.

La **estrategia de genéricos de alto coste** excluye los medicamentos genéricos que cuestan significativamente más que otros genéricos dentro de la misma clase terapéutica. Un genérico se añadirá a esta lista si cumple uno o más de estos criterios (1) un coste total elevado pagado por el plan o (2) un coste elevado de los ingredientes por receta o por 30 días con múltiples alternativas de menor coste disponibles en la misma clase terapéutica. Los genéricos dentro de las clases de inmunosupresores, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivos, antirretrovirales y antineoplásicos no serán objeto de atención a menos que existan alternativas de menor coste con ingredientes activos y formas de dosificación similares.

Medicamentos especializados de alto coste

Algunos medicamentos de especialidad con receta pueden estar sujetos a un coste compartido independiente. Para más información, llame a OptumRx al número que figura en su tarjeta de identificación. Para revisar sus reclamaciones, visite OptumRx.com.

Programa de control de la diabetes

El Programa de control de la diabetes de OptumRx es un enfoque holístico para el cuidado de los miembros diabéticos mediante la identificación y el tratamiento de las preocupaciones clínicas iniciales de los diabéticos, incluyendo el cumplimiento y la optimización de la medicación, el tratamiento de las lagunas en la terapia y el apoyo a los diabéticos de alto riesgo con un modelo de alto compromiso.

El Programa de control de la diabetes ayuda a reducir el coste global de la atención al tiempo que mejora los resultados de salud de los afiliados. Los pacientes con diabetes controlada que se inscriben en el Programa de control de la diabetes de OptumRx tienen el potencial de reducir el coste asociado de la diabetes en un 10%. Entre las prestaciones adicionales del programa se encuentran la mejora del compromiso y la satisfacción del afiliado mediante el aumento de la adherencia a la medicación, la reducción de las lagunas asistenciales y la mejora del control de la glucosa.

OptumRx se pondrá en contacto con usted o con el miembro de su familia que esté cubierto para hablar de su interés en participar en el Programa y le animamos a que participe activamente en él.

¿Qué está cubierto?

Los siguientes medicamentos están cubiertos por el Plan:

- Medicamentos que sólo pueden obtenerse con receta médica, tal y como exigen las leyes estatales y federales;
- La insulina;
- Han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para su comercialización general;
- Sean dispensados por un farmacéutico autorizado y sean recetados para el uso del participante por un médico; y
- **Los medicamentos que deben estar cubiertos por las prestaciones médicas preventivas descritas en las páginas 40 a 43**

Los medicamentos cubiertos incluyen la insulina, las jeringuillas de insulina y las tiras reactivas.

Exclusiones

Los siguientes medicamentos y suministros no están cubiertos por esta prestación de medicamentos con receta:

1. Los medicamentos que se vendan sin receta (excepto los cubiertos por las prestaciones de Salud Preventiva), o que no requieran legalmente una receta escrita por un médico, y los equivalentes a las recetas que se vendan sin receta.
2. Los medicamentos con receta que puedan recibirse adecuadamente sin cargo en virtud de programas locales, estatales o federales -incluidos los programas de compensación laboral o la ley de enfermedades laborales.
3. Dispositivos de cualquier tipo, (con la excepción de los suministros de ostomía), aunque puedan requerir una receta médica.

4. Medicamentos recetados con fines cosméticos, incluyendo (pero sin limitarse a): Soluciones de Rogaine; preparaciones externas de Minoxidil y cualquier mezcla o compuesto que contenga Minoxidil; medicamentos reductores de peso; y Retin-A en todas sus formas, excepto cuando esté recetado para el acné vulgar.
5. Aguja hipodérmica, jeringas o dispositivos similares utilizados para cualquier propósito que no sea la administración de insulina.
6. Recetas relacionadas con cualquier servicio no cubierto.
7. Recetas dispensadas en la oficina de un médico.
8. Cargos por la administración de cualquier medicamento.
9. Medicamentos para la fertilidad, y todos los medicamentos utilizados para el tratamiento de la infertilidad.
10. Medicamentos experimentales o de investigación, excepto que nada de lo aquí expuesto se aplicará a un individuo calificado en un ensayo clínico aprobado.
11. Recetas dispensadas por un hospital durante la hospitalización.
12. Cualquier producto recetado para fines distintos al tratamiento o diagnóstico de una enfermedad o accidente específico o servicio preventivo cubierto.
13. Antihistamínicos no sedantes.
14. Vitaminas, a menos que se indique específicamente.
15. Hormonas para el crecimiento.
16. Medicamentos para bajar de peso.
17. Medicamentos compuestos que incluyen productos químicos a granel para vitaminas/suplementos que suelen estar disponibles sin receta, productos químicos a granel utilizados en formulaciones compuestas que no están aprobadas por la FDA y productos utilizados para usos cosméticos.
18. Medicamentos de terapia génica y tratamientos y servicios relacionados.

Tenga en cuenta que el Plan exige el uso de medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Si un medicamento genérico está disponible como sustitución de un medicamento de marca recetado, el Plan sólo proporcionará cobertura para el medicamento genérico recetado. Si insiste en que se le surta una receta de marca, será responsable del copago del 20% por el equivalente genérico, más el 100% de la diferencia de coste entre el medicamento de marca y el genérico. Cualquier gasto adicional en el que incurra para recibir el medicamento de marca en lugar de la versión genérica no contará para el máximo anual de gastos de bolsillo.

PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS DE PAGO POR SERVICIO – PARA TODOS LOS MECÁNICOS ACTIVOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES

Una vez satisfecho el deducible del año civil, el Plan pagará los porcentajes indicados para los gastos cubiertos hasta un máximo de \$3,000 por persona cada dos períodos consecutivos del año civil para los cargos no relacionados con la ortodoncia. Este máximo no se aplica a los pagos por limpiezas dentales (profilaxis). El Plan pagará los porcentajes indicados para los gastos cubiertos por cada individuo de 18 años o menos, así como cubrirá hasta un máximo de \$2,500 de por vida en servicios de ortodoncia por dependiente de 18 años o menos. No hay límite de año civil para las prestaciones dentales de los dependientes de 18 años o menores.

LOS FIDEICOMISARIOS HAN CONTRATADO CON FIRST DENTAL HEALTH (FDH) PARA PROPORCIONARLE A USTED Y A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA ACCESO A LOS PROVEEDORES PREFERIDOS DE FDH.

Puede utilizar la red de dentistas de First Dental Health para recibir su atención dental. El plan pagará al dentista hasta los honorarios negociados por la PPO.

Deberá tener una tarjeta de identificación con el logotipo de First Dental Health PPO. **Debe mostrar esta tarjeta cada vez que vaya al dentista.** Asegúrese también de que cada vez que vaya al dentista confirme que éste sigue siendo miembro de la red PPO.

¿Cuál es el deducible?

Usted es responsable de los primeros \$50 de gastos cubiertos durante un año civil. Este gasto de bolsillo se denomina "deducible".

El deducible de cada año civil se aplica por separado a usted y a cada miembro de su familia.

Al igual que con el deducible de las prestaciones médicas de pago por servicio, los gastos elegibles se realizan durante el último trimestre (octubre, noviembre, diciembre) de un año civil y se aplican contra el deducible de ese año se traslada y se utiliza para satisfacer el deducible del año siguiente.

Predeterminación de prestaciones

Su Plan Dental requiere que se obtenga una predeterminación de prestaciones para cargos de \$300 o más. Esto significa que su dentista debe completar un formulario de reclamación dental indicando el plan de tratamiento y presentarlo a First Dental Health, P.O. Box 919029, San Diego, CA 92191 junto con las radiografías de apoyo antes de que se realicen los servicios. El número de teléfono de First Dental Health es el (800) 334-7244. Debe incluir el nombre de su grupo en el formulario de reclamación. El Fondo le comunicará a su dentista si los servicios están o no cubiertos por el Plan. Para conocer el estado de la reclamación y hacer preguntas, puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario.

¿Qué son los servicios dentales cubiertos?

Cada período de meses consecutivos especificado en la siguiente lista de servicios se determinará con carácter retroactivo a partir de la fecha del procedimiento aplicable para el que se presenta una reclamación.

Diagnóstico

Procedimientos para ayudar al dentista a evaluar las condiciones existentes para determinar el tratamiento dental necesario. Se cubrirá un examen bucal, incluidas las radiografías de aleta de mordida, una vez cada seis meses y una serie de radiografías de toda la boca una vez cada 24 meses.

Preventivo

Estos servicios incluyen la profilaxis y la aplicación tópica de soluciones de flúor. La profilaxis se cubrirá una vez cada seis meses, o cada tres meses si lo recomienda su dentista. La aplicación tópica se cubrirá una vez cada 12 meses. Estos servicios también incluyen la aplicación de sellantes en los molares permanentes para cualquier hijo dependiente menor de 15 años.

Cirugía oral

Procedimientos de extracciones y otras cirugías orales, incluyendo los cuidados pre y postoperatorios.

Anestesia general

Cuando se administre para un procedimiento de cirugía oral cubierto realizado por un dentista.

Odontología reconstituyente

Proporciona la restauración de dientes naturales cariados, enfermos o dañados hasta alcanzar un estado satisfactorio de salud, función y estética. Incluye el uso de restauraciones de amalgama o de resina compuesta, pero excluye las restauraciones de oro, las coronas y las fundas.

Endodoncia

Procedimientos para la terapia pulpar y la obturación del conducto radicular.

Periodoncia

Procedimientos para el tratamiento de las enfermedades de los tejidos que soportan los dientes.

Prostodoncia

Procedimientos para la construcción o reparación de puentes fijos, prótesis parciales o completas.

Ortodoncia

Procedimientos para la realineación de dientes en niños de 18 años o menos hasta el máximo recetado de por vida.

Estipulaciones de prestaciones alternativas

En muchos casos, hay más de un método de tratamiento o material satisfactorio que puede utilizarse para corregir una afección dental. Según las estipulaciones de este Plan, los gastos dentales cubiertos se limitan a los servicios o suministros que se emplean habitualmente en el tratamiento dental y que la profesión dental reconoce como adecuados según las normas nacionales de práctica ampliamente aceptadas. El Plan tiene en cuenta el estado dental general del participante.

Puede elegir un procedimiento dental personalizado o de precisión más costoso. Sin embargo, si lo hace, será responsable de pagar la diferencia entre los cargos del procedimiento elaborado y la prestación de atención dental pagada por el Plan. **Todas las decisiones sobre el tratamiento dependen de usted y de su dentista.**

Algunos ejemplos de cómo se puede aplicar la estipulación de prestaciones alternativas:

- Si un diente puede restaurarse satisfactoriamente con un empaste de resina, amalgama o silicato, éste será el gasto cubierto. Puede aplicar este gasto cubierto a una restauración más elaborada o de precisión que usted y su dentista elijan.

Exclusiones dentales

- Los procedimientos que hayan comenzado antes de la fecha de inicio de la cobertura. Las radiografías y la profilaxis no se considerarán el inicio de un procedimiento dental.
- El tratamiento por razones estéticas, excepto el tratamiento que sea:
 - necesario para la reparación de daños en los dientes naturales sanos resultantes de un accidente ocurrido mientras se es elegible, y
 - se realice durante la elegibilidad, a más tardar dos años después de la fecha del accidente.
- Procedimientos que no sean el rectificado de puntos menores, que tengan por objeto o estén relacionados con la corrección de la mordida.
- Procedimientos cuyo objetivo principal sea cambiar la dimensión vertical.
- Planificación de la dieta, o formación en higiene bucal o cuidados preventivos.
- Sustitución de un aparato perdido o robado.
- Ortodoncia para participantes mayores de 18 años.
- Tratamiento de la articulación temporomandibular (ATM)

- Carillas dentales e implantes, incluyendo reparaciones, ajustes, relieves, aparatos de sustitución y aparatos temporales.

¿Existen prestaciones después de perder la elegibilidad?

Si usted o sus dependientes incurren en gastos dentales en el plazo de un mes después de la fecha en que se pierda la elegibilidad, se pagarán las prestaciones si el tratamiento, excluyendo las radiografías y la profilaxis, comenzó antes de la fecha en que se perdió la elegibilidad.

EXCLUSIONES GENERALES - PRESTACIONES MÉDICAS Y DENTALES DE PAGO POR SERVICIO

Además de las exclusiones indicadas en las secciones de prestaciones médicas y prestaciones dentales, el Plan no proporcionará prestaciones por:

1. Cualquier lesión o enfermedad por la que el paciente no esté bajo el cuidado de un médico o un dentista.
2. El tratamiento prestado que el Plan determine que no es médicamente necesario para la lesión o enfermedad.
3. Cualquier incapacidad cubierta por cualquier ley de compensación al trabajador o enfermedad laboral.
4. Cualquier lesión o enfermedad derivada o sufrida en el transcurso de cualquier ocupación o empleo remunerado.
5. Cualquier gasto incurrido por lesión o enfermedad resultante de una guerra, declarada o no declarada.
6. Cualquier suministro o servicio:
 - a. por los que no se cobre;
 - b. por los que no se deba pagar; o
 - c. suministrados por un hospital o centro operado por el Gobierno de EEUU o cualquier agencia autorizada por éste, o suministrados a expensas de dicho Gobierno o Agencia, o por atención ordenada por un tribunal, incluyendo los cargos en relación con programas correccionales o de salud mental, a menos que lo exija la ley.
7. Servicios prestados por el cónyuge, hijo, hermano, hermana o padre de usted o de su cónyuge.
8. Las lesiones o enfermedades autoinfligidas intencionadamente, a menos que las lesiones de las personas estén cubiertas de otro modo por el Plan y si las lesiones no son el resultado de una condición médica, como la depresión.
9. Cualquier gasto incurrido en una fecha en la que usted o sus dependientes no tengan derecho a las prestaciones.
10. Cualquier lesión o enfermedad que resulte o se produzca durante la comisión de un delito por parte de usted o su dependiente, a menos que la lesión o enfermedad sea resultado de un acto de violencia doméstica o de una afección médica.
11. Cuidados o tratamiento en cualquier institución penal, centro penitenciario o cárcel de cualquier estado o subdivisión política.

DEFINICIONES

1. Por **Ensayo clínico aprobado** se entiende un ensayo clínico de fase 1, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y que es uno de los siguientes:
 - a. un ensayo financiado o aprobado por el gobierno federal; o
 - b. un ensayo clínico realizado en el marco de una solicitud de nuevos medicamentos en investigación de la FDA; o
 - c. un ensayo de medicamentos que esté exento del requisito de una solicitud de investigación de nuevos medicamentos de la FDA.
2. El **Consejo de duelo** significa el asesoramiento de un trabajador social licenciado o certificado o de un consejero pastoral licenciado para ayudar a la unidad familiar a enfrentarse a la muerte del paciente terminal.
3. **Período de duelo** significa el período de 12 meses que comienza en la fecha de la muerte del paciente con enfermedad terminal.
4. **Centro de parto** significa una instalación con licencia establecida, equipada y operada únicamente como un lugar para la atención prenatal, el parto y la atención posparto inmediata para pacientes con embarazos de bajo riesgo. El centro debe estar dirigido por un médico (MD o DO) que proporcione cuidados de enfermería especializados bajo la dirección de una enfermera titulada (RN) en las salas de parto y recuperación. El centro debe tener un acuerdo por escrito con un hospital para el traslado inmediato en caso de emergencia.
5. Los **Cuidados custodiales** son los tratamientos, servicios u hospitalización, independientemente de quién los recomiende, prescriba o realice, o del lugar donde se presten, que podrían ser prestados de forma segura y razonable por una persona no especializada en medicina, y que están diseñados principalmente para ayudar al paciente en las actividades de la vida diaria. Los cuidados asistenciales incluyen los cuidados personales (como la ayuda para caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, comer, hacer ejercicio, vestirse, ir al baño); o las tareas domésticas (como la preparación de comidas o dietas especiales); el traslado del paciente; la actuación como acompañante o niñera; y la supervisión de la medicación que normalmente puede autoadministrarse.
6. Por **Incapacidad** se entenderá cualquier período de incapacidad derivado de la misma causa o de causas relacionadas, incluidas todas las complicaciones. Un accidente y sus complicaciones (incluidas las recidivas) se consideran como una sola incapacidad. La incapacidad comenzará en la fecha en que el empleado abandone el empleo activo a tiempo completo como consecuencia de una lesión corporal accidental no laboral o de una enfermedad y finalizará en la fecha de reincorporación al empleo activo a tiempo completo. Los gastos incurridos por condiciones totalmente no relacionadas serán reconocidos como una incapacidad separada.
7. **Dentista** significa una persona con licencia para practicar o realizar cirugía oral y que está practicando dentro del ámbito de su licencia. También se considerará dentista a los técnicos dentales con licencia mientras ejerzan dentro del ámbito de su licencia, y en la medida en que se proporcionen prestaciones. Dentista no incluirá a ninguna de las siguientes personas: usted o su cónyuge, padre, hijo, hermano o hermana de usted o sus dependientes.

8. **Experimental y/o de Investigación** significa que un servicio o suministro se considerará Experimental y/o de Investigación si, en opinión del Plan o de la persona que éste designe, (basándose en la información y los recursos disponibles en el momento en que se prestó el servicio o en el momento en que se proporcionó el suministro, o el servicio o suministro se consideró para la Precertificación según el Programa de Gestión de la Utilización del Plan), cualquiera de las siguientes condiciones estaba presente con respecto a una o más estipulaciones esenciales del servicio o suministro:
- a. el servicio o suministro se describe como una alternativa a las terapias más convencionales en los documentos escritos por el proveedor de atención médica que realiza el servicio o receta el suministro;
 - b. el servicio o suministro recetado sólo puede darse con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional, tal y como se define en la ley federal;
 - c. existe una ausencia de literatura médica o científica autorizada sobre el tema, o dicha literatura indica que el servicio o suministro es Experimental y/o de Investigación o que se necesita más investigación;
 - d. la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no ha aprobado la comercialización del servicio o suministro o la tiene en estudio; o
 - e. el servicio o suministro sólo está disponible a través de ensayos clínicos patrocinados por la FDA, el Instituto Nacional del Cáncer o los Institutos Nacionales de Salud.
9. Por **Centro de atención prolongada** se entiende una institución que se dedica principalmente a proporcionar a los pacientes internos (i) cuidados de enfermería especializados y servicios relacionados para pacientes que requieren atención médica o de enfermería, o (ii) servicios de rehabilitación para la rehabilitación de personas lesionadas, incapacitadas o enfermas y que cumple todos los requisitos siguientes:
- a. se dedica regularmente a proporcionar cuidados de enfermería especializados a personas enfermas y lesionadas bajo la supervisión de un médico y cirujano (MD) o una enfermera titulada (RN) durante las 24 horas del día;
 - b. dispone en todo momento de los servicios de un médico y cirujano (MD) que forma parte del personal de un hospital general;
 - c. tiene de guardia las 24 horas del día una enfermera titulada (RN), una enfermera profesional con licencia (LVN) o una enfermera práctica especializada, y tiene una enfermera titulada (RN) de guardia al menos ocho horas al día;
 - d. mantiene un registro clínico para cada paciente;
 - e. no es, salvo incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar de Cuidado Custodial, un hotel o una institución similar; y
 - f. cumple con todos los requisitos de licencia y otros requisitos legales, y está reconocido como "Centro de Atención Prolongada" por el Secretario de Salud, Educación y Bienestar de EEUU de acuerdo con el Título XVIII de las Enmiendas al Seguro Social de 1965.
10. El **Fondo** se refiere a Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Trust Fund.

11. **Cuidados paulativos** significa un cuidado que:
- a. es proporcionado o dispuesto por un centro de cuidados paliativos aprobado, o se proporciona como parte de un plan coordinado de atención domiciliaria y hospitalaria diseñado para satisfacer las necesidades especiales del paciente terminal y de la unidad familiar debido a la enfermedad terminal;
 - b. para el paciente terminal, puede incluir cuidados médicos, cuidados paliativos, cuidados de relevo y servicios médicos sociales; y
 - c. para la unidad familiar, puede incluir servicios sociales médicos y asesoramiento en caso de duelo.
12. **Hospital** significa un lugar para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, que funciona legalmente y cumple todos los requisitos siguientes:
- a. está equipado para proporcionar cuidados constantes a un mínimo de cinco pacientes residentes a tiempo completo;
 - b. cuenta con un médico que asiste regularmente;
 - c. proporciona servicios de enfermeras tituladas (RN) a todas horas; y
 - d. no es una casa de reposo, una residencia de ancianos o un lugar para la tercera edad.
13. **Hospital** también significa una instalación de salud psiquiátrica que opera dentro del ámbito de una licencia estatal, o de acuerdo con una exención de licencia emitida por el estado.
14. **Medicare** significa el programa establecido bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Seguro Federal de Salud para la Tercera Edad), tal como está constituido actualmente o puede ser enmendado en lo sucesivo.
15. **Medicamento necesario** significa cualquier servicio, suministro, tratamiento o hospitalización (o parte de una hospitalización) que:
- a. sea esencial para el diagnóstico o el tratamiento de la lesión o enfermedad para la que se ha recetado o realizado;
 - b. cumpla con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica en EEUU; y
 - c. sea ordenado por un médico.
16. Por **Lesión corporal accidental no laboral** se entenderá una lesión corporal accidental resultante de un suceso no esperado, previsto o intencionado y que no surja de o en el transcurso del empleo (incluido el autoempleo) o de cualquier ocupación a cambio de un salario o beneficio.
17. Por **Enfermedad no laboral** se entenderá una enfermedad o dolencia que no surja de o en el transcurso del empleo (incluido el autoempleo) o de cualquier ocupación con fines salariales o lucrativos. A los efectos de este Plan, la "enfermedad no profesional" incluirá también el embarazo, el parto o la condición médica relacionada.
18. **Médico o Proveedor elegible** significa una persona que ejerce dentro del ámbito de su licencia como:
- a. doctor en medicina;
 - b. un doctor en osteopatía;
 - c. un dentista;
 - d. un podólogo;
 - e. un quiropráctico;
 - f. un optometrista;
 - g. un psicólogo;
 - h. un acupuntor certificado; o
 - i. un profesional de la enfermería avanzado, incluida una matrona.

19. **Médico** no incluirá a ninguna de las siguientes personas: usted o el cónyuge, padre, hijo, hermano o hermana de usted o sus dependientes.
20. **Plan** significa el programa de prestaciones adoptado en virtud del Acuerdo Fiduciario para el *Heat Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Trust Fund*, también conocido como "*Heat and Frost Insulators and Allied Workers Health and Welfare Fund*" y modificado posteriormente por la Mesa Directiva.
21. **Proveedor Preferido (PPO)** es un hospital, médico u otro proveedor médico que ha acordado con Anthem Blue Cross proporcionar a los participantes atención médica a índices negociados. Todos los demás proveedores se consideran proveedores no PPO.
22. **La Información de Salud Protegida ("PHI"**, por sus siglas en inglés) es la información individualmente identificable que es creada o recibida por el Fondo Fiduciario, ya sea en forma oral, escrita o electrónica, que se relaciona con (i) la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un participante o dependiente; (ii) la estipulación de atención médica a un participante o dependiente del plan de salud; o (iii) el pago pasado, presente o futuro por la estipulación de atención médica a un participante o dependiente. La información sanitaria se convierte en identificable individualmente cuando identifica al participante o al dependiente o proporciona una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificar al participante o al dependiente. Los siguientes documentos pueden hacer que la información sanitaria se convierta en identificable individualmente: i) nombre; ii) calle, ciudad, condado, circunscripción, código postal; iii) fechas directamente relacionadas con la recepción de tratamiento de atención médica por parte del participante o dependiente, incluida la fecha de nacimiento, la fecha de admisión y alta en el centro sanitario o la fecha de fallecimiento; iv) números de teléfono, números de fax y direcciones de correo electrónico; v) números de la seguridad social; vi) números de historiales médicos; vii) números de cuenta; viii) números de certificado/licencia; ix) identificadores y números de serie de vehículos, incluidos los números de matrícula; x) identificadores y números de serie de dispositivos; xi) localizadores universales de recursos web (URL); xii) números de dirección del protocolo de Internet (IP); xiii) identificadores biométricos, incluidas las huellas dactilares y de voz; xiv) imágenes fotográficas de todo el rostro y cualquier imagen comparable; y xvi) cualquier otro número, característica o código de identificación único.
23. **Individuo calificado** significa un individuo:
- a. quién es un participante en este Plan; y
 - b. que sea elegible para participar en un Ensayo Clínico Aprobado de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida; y
 - c. que se determine que la participación del individuo en el Ensayo Clínico Aprobado es adecuada para el tratamiento de la enfermedad o afección. Dicha determinación puede basarse en las conclusiones del profesional de atención médica remitente o en las estipulaciones de la información médica y científica del individuo.
24. **Cargos razonables o "Cargos permitidos"** significa los cargos habituales, en el área en la que se incurre, pero que no exceden los cargos que se habrían hecho en ausencia de las prestaciones proporcionadas por el Plan. Por "cargo habitual" se entiende el cargo habitual realizado por un hospital, Centro de Atención Prolongada, médico u otra persona o empresa profesional, que no excede el nivel general de los cargos realizados por otros que prestan o suministran dichos servicios, tratamientos o suministros dentro del área en la que se incurre en el cargo, por lesiones corporales o enfermedades comparables en gravedad y naturaleza a las lesiones corporales o enfermedades tratadas o en tratamiento.

El término "área", tal como se aplicaría a cualquier documento particular por el que se pueda incurrir en un cargo cubierto, significa un condado o un área mayor que sea necesaria para obtener una sección transversal representativa de las entidades que suministran dichos documentos.

Los Cargos Razonables no excederán la cantidad determinada por la Mesa Directiva, a su sola discreción.

25. **Pareja doméstica registrada** es un individuo del mismo sexo o del sexo opuesto que mantiene una relación comprometida con el empleado y que se ha registrado debidamente en el estado en el que reside el individuo, y que ha sido reconocido como pareja doméstica bajo las leyes y la jurisdicción en la que se celebró la pareja doméstica.
26. **Jubilado(s) o Retirado(s)** significará el retiro del empleo a cambio de un salario o ganancia en el tipo de trabajo incluido en el Acuerdo Laboral. El desempeño de dicho trabajo por parte de un jubilado, sobre una base no acumulativa, hasta e incluyendo las horas en exceso de 40 horas en cualquiera de los tres (3) meses de un año civil y 39½ horas en cualquier otro mes civil del año civil, no dará lugar a la pérdida de la condición de jubilado.
27. **Información resumida sobre la Salud** es la información sobre la salud que puede identificar a un participante o dependiente del plan de salud, y (i) resume el historial de reclamaciones, los gastos de reclamaciones o el tipo de reclamaciones experimentadas por los individuos a los que el patrocinador del plan ha proporcionado prestaciones médicas en el marco del plan de salud; y (ii) de la que se ha eliminado la información descrita en el 42 CFR, sección 164.514(b)(2)(i), excepto que la información geográfica sólo debe agregarse al nivel de un código postal de cinco dígitos.
28. Se entenderá por **“Totalmente discapacitado”**, en el caso de un empleado, una incapacidad que le impida realizar un trabajo remunerado con fines lucrativos; y en el caso de un dependiente, realizar la actividad normal de una persona de su misma edad y sexo en buen estado de salud.

INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974

1. **Nombre del Plan.** Este Plan se conoce como *Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Trust Fund* (Tenga en cuenta que el Plan también se conoce como "*Heat and Frost Insulators and Allied Workers Health and Welfare Fund*" y el uso de cualquiera de los dos nombres se refiere a este Plan).
2. **Administrador y patrocinador del plan.** La Mesa Directiva es el Administrador del Plan. Esto significa que la Mesa Directiva es responsable de que la información relativa al Plan se comunique a las agencias gubernamentales y se divulgue a los participantes y beneficiarios del Plan de acuerdo con los requisitos de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974. Como Administrador del Plan, la Mesa Directiva es responsable de determinar la elegibilidad y el pago de las prestaciones.

La Oficina Administrativa le proporcionará, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador o sindicato concreto está cotizando a este Plan en nombre de los participantes en el mismo y, si el empleador o sindicato es un cotizante, la dirección del empleador o sindicato.

3. **Mesa Directiva.** La Junta de Fideicomisarios está formada por un número igual de representantes de los empleadores y del sindicato, seleccionados por los empleadores y el sindicato, de acuerdo con el Acuerdo Fiduciario que se refiere a este Plan.

Si desea ponerse en contacto con la Mesa Directiva, puede utilizar la dirección y el número de teléfono siguientes:

**Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers
Health and Welfare Trust Fund**
PO Box 430
West Covina, CA 91793
(800) 433-6692

Los Fideicomisarios han contratado al contratista independiente que se menciona a continuación para que desempeñe las funciones rutinarias del Plan y asista a la Mesa Directiva en su ejecución de ciertos deberes y responsabilidades bajo el Plan:

BeneSys Administrators
1050 Lakes Drive, Suite 120
West Covina, CA 91790
(800) 433-6992

4. **Nombres, títulos y direcciones de cualquier Fideicomisario o Fideicomisarios.** A partir del 1 de octubre de 2021, los Fideicomisarios de este Plan son:

Fideicomisarios sindicales

Michael Patterson, Chairperson
Business Manager
Heat and Frost Insulators and Allied Workers
Local 5
3833 Ebony Street
Ontario, CA 91761

Daniel Haquewood, Business Manager
H.F.I.A.W. Local 135
4316 E. Alexander Road
Las Vegas, NV 89115

Fredi Flores (Sustituto)
Heat and Frost Insulators and Allied Workers
Local 5
3833 Ebony Street
Ontario, CA 91761

Eddy Pena
Heat and Frost Insulators and Allied Workers
Local 5
3833 Ebony Street
Ontario, CA 91761

Fideicomisarios empleadores

Patrice Reynolds, Co-Chair
Farwest Insulation Contracting
1220 S Sherman St
Anaheim, CA 92805

Craig Skeie
Irex Corporation
11807 East Smith Avenue
Santa Fe Springs, CA 90670

Michael Curtin
General Manager
Performance Contracting, Inc.
1822 Main St, Ste A
San Diego, CA 92113

Ernie Martinez (Suplente)
Performance Contracting, Inc.
1822 Main St, Ste A
San Diego, CA 92113

5. **Números de identificación.** El número asignado al Plan por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) es el 95-6093752. El número de este Plan es 501.
6. **Agente para la notificación de procedimientos legales.** El nombre y la dirección del agente designado para la notificación del procedimiento legal es:

Ms. Kim Gould
c/o BeneSys Administrators
1050 Lakes Drive, Suite 120
West Covina, CA 91790

Debe enviarse una copia a:
Jeffrey L. Cutler
Wohlner Kaplon Cutler Halford Rosenfeld & Levy
16501 Ventura Blvd., Suite 304
Encino, CA 91436

El procedimiento legal también puede ser notificado a un Fideicomisario del Plan.

7. **Acuerdo de negociación colectiva.** Las cotizaciones a este Plan se realizan en nombre de cada empleado de acuerdo con los Acuerdos de Negociación Colectiva entre los Sindicatos Locales 5 y 135 de *International Association of Heat and Frost Insulators and Allied Workers* y los empleadores del sector.

La Oficina Administrativa le proporcionará, previa solicitud por escrito, una copia del Acuerdo de Negociación Colectiva. El Acuerdo de Negociación Colectiva también está disponible para su examen en la oficina del Administrador del Plan.

8. **Fuente de las cotizaciones.** Las prestaciones descritas en este SPD y Documento del Plan se proporcionan a través de las cotizaciones del empleador a este Plan. La cantidad de las cotizaciones del empleador a este Plan está determinada por las estipulaciones de los acuerdos colectivos de negociación con los representantes de los empleadores. Los acuerdos colectivos de negociación exigen cotizaciones a este Plan a un índice fijo por hora trabajada. La Oficina Administrativa le proporcionará, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador concreto está cotizando a este Plan en nombre de los participantes que trabajan bajo el acuerdos colectivos de negociación. Existen estipulaciones que permiten a los empleados cuya elegibilidad bajo el Plan ha finalizado realizar el auto pago de las primas.
9. **Tipo de plan.** Este Plan se mantiene con el propósito de proporcionar prestaciones de seguro de vida, muerte y desmembramiento accidental, examen físico, atención hospitalaria, médica, dental y de la vista en caso de enfermedad o accidente para los mecánicos activos y sus dependientes elegibles.
10. **Fondo Fiduciario.** Los activos y las reservas del Fideicomiso son mantenidos en fideicomiso por la Mesa Directiva (punto 4 anterior) del *Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Trust Fund*.
11. **Identidad de los proveedores de prestaciones.** Las prestaciones de seguro de vida, muerte y desmembramiento accidental están suscritas por United of Omaha. Las prestaciones de cuidado de la vista son administradas por Vision Service Plan. Las prestaciones médicas de prepago son proporcionadas por Kaiser Foundation Health Plan y UnitedHealthcare de California y UnitedHealthcare de Nevada. Las prestaciones dentales de prepago las proporcionan DeltaCare USA y UnitedHealthcare.

Las prestaciones dentales, las de la vista y las médicas de pago por servicio, así como ciertas prestaciones de medicamentos con receta, se proporcionan directamente desde el propio Plan. Las condiciones completas de las prestaciones de seguro de vida, muerte y desmembramiento accidental se indican en la póliza de grupo. Las condiciones completas de las prestaciones de atención médica de la vista se indican en el Acuerdo del Plan de Servicios de la Vista. Los términos completos de las prestaciones médicas aseguradas se indican en el Acuerdo de Servicios Médicos y Hospitalarios de Grupo del Plan de Salud de Kaiser, en los Acuerdos de Servicios de Grupo de UnitedHealthcare y en cualquier folleto de cobertura individual, y deben leerse junto con este SPD/Documento del Plan para determinar los términos de las prestaciones del Plan. Los términos completos de las prestaciones dentales aseguradas se indican en los Acuerdos de Servicios Dentales de DeltaCare USA y UnitedHealthcare. Los términos completos de las prestaciones autofinanciadas se indican en este documento.

A continuación, los nombres y direcciones de todos los proveedores del Fondo de Salud y Bienestar:

Kaiser Foundation Health Plan

California Region - Southern California area
393 East Walnut Street
Pasadena, CA 91188

Proporciona prestaciones médicas y de medicamentos recetados de prepago a los participantes cubiertos por el Plan de Mecánicos o de Mantenimiento que eligen la cobertura de la opción Kaiser.
(800) 464-4000

First Dental Health

P.O. Box 919029
San Diego, CA 92191

Administra las prestaciones dentales autofinanciadas proporcionadas a los mecánicos en el marco del Plan.
(800) 334-7244

DeltaCare USA

P.O. Box 1810
Alpharetta, GA 30023

Proporciona prestaciones dentales prepagadas a los participantes cubiertos por el Plan de Mantenimiento y el Plan de Mecánicos que eligen la cobertura de la opción DeltaCare USA Dental
(800) 424-4234

UnitedHealthcare

5856 Corporate Avenue
Cypress, CA 90630

Proporciona prestaciones médicas y de medicamentos recetados prepagados a los participantes cubiertos por el Plan de Mecánicos que eligen la cobertura bajo la opción de UnitedHealthcare en California.
(800) 624-8822

Vision Service Plan

3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670

Administra las prestaciones oftalmológicas autofinanciadas que se ofrecen a los participantes en el Plan de Mecánicos y Trabajadores de Mantenimiento.
(800) 797-9791

Anthem Blue Cross

21555 Oxnard Street
Woodland Hills, CA 91367

Proporciona gestión de casos y acceso a su red de hospitales y proveedores médicos al plan de prestaciones médicas autofinanciado (pago por servicio) que se ofrece a los mecánicos.
(800) 999-3643

UnitedHealthcare

700 E. Warm Springs Road
Las Vegas, NV 89119

Proporciona prestaciones médicas y de medicamentos recetados de prepago a los participantes cubiertos por el Plan de Mecánicos que eligen la cobertura bajo la opción de UnitedHealthcare en Nevada.
(866) 633-2446

United of Omaha (Mutual of Omaha)

Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175

Proporciona prestaciones de vida y muerte y desmembramiento accidental totalmente aseguradas a los mecánicos y trabajadores de mantenimiento activos y proporciona prestaciones de seguro de vida (fondo mortuario) totalmente aseguradas a los Mecánicos del Local 135.

UnitedHealthcare Dental

1432 South Jones
Las Vegas, NV 89102

Proporciona prestaciones dentales prepagadas a los participantes cubiertos por el Plan de Mecánicos o Trabajadores de mantenimiento que eligen la cobertura bajo la opción de UnitedHealthcare Dental.
(800) 926-0905

12. **Año Fiscal del Plan.** Los registros fiscales del Plan se mantienen por separado para cada Año Fiscal del Plan. El Año Fiscal del Plan comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.
13. **Requisitos del Plan con respecto a la elegibilidad para la participación y las prestaciones.** Los requisitos de elegibilidad se especifican en las páginas 4 a 6.
14. **Circunstancias que dan lugar a la descalificación, inhabilitación o denegación o pérdida de prestaciones.** La pérdida de elegibilidad se describe en la página 7.
15. **Procedimientos a seguir para presentar una reclamación.** El procedimiento a seguir para presentar una reclamación de prestaciones se describe en las páginas 25 a 35.

Todas las reclamaciones de prestaciones deben presentarse en los formularios de reclamación

puestos a disposición por la Oficina Administrativa. Las reclamaciones presentadas deben ir acompañadas de cualquier información o prueba solicitada y razonablemente requerida para tramitar dichas reclamaciones.

16. **Procedimiento de revisión.** Si su reclamación es denegada en su totalidad o en parte, recibirá una explicación por escrito en la que se detallarán los motivos de la denegación, se hará referencia específica a las estipulaciones del Plan en las que se basa la denegación, se describirá cualquier material o información adicional que sea necesaria para perfeccionar la reclamación y se explicará por qué es necesaria dicha información o material, así como una explicación de nuestro procedimiento de apelación de la reclamación. Una descripción del procedimiento de apelación aparece en las páginas 30 a 35.
17. **Disponibilidad de documentos y otra información importante.** Como participante en *Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Fund*, tiene ciertos derechos y protección según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:
 - a. Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como el lugar de trabajo y los salones del sindicato, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (formulario de la serie 5500) presentado por el plan ante el Ministerio de Trabajo de EE.UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública del Administrador de Seguridad de Beneficios para Empleados.
 - b. Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, así como copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y de la Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador podrá hacer un cargo razonable por las copias.
 - c. Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a entregar a cada participante una copia de este informe anual resumido.
 - d. Continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si se produce una pérdida de la cobertura del plan como resultado de un evento calificativo. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan/Documento del Plan para conocer las normas que rigen sus derechos de continuación de la cobertura conforme a COBRA.
 - e. Reducción o eliminación de los periodos de exclusión de la cobertura por enfermedades preexistentes de su plan de salud colectivo, si tiene una cobertura acreditable de otro plan. Deberá recibir un certificado de cobertura acreditable, sin coste alguno, de su plan de salud colectivo o del emisor del seguro médico cuando pierda la cobertura del Plan, cuando tenga derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA, cuando cese la continuación de la cobertura de COBRA o si lo solicita hasta 24 meses después de haber perdido la cobertura. Sin una prueba de cobertura acreditable, puede estar sujeto a una exclusión por enfermedad preexistente durante 12 meses (18 meses para los afiliados tardíos) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables del funcionamiento del plan de prestaciones para empleados. Las personas que gestionan su Plan, denominadas "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarle de alguna manera para impedirle obtener una prestación de bienestar o ejercer sus derechos en virtud de ERISA. Si su reclamación de prestaciones de bienestar es denegada total o parcialmente, deberá recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamación. En virtud de la ley ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita materiales al Plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague hasta 110 dólares diarios hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador. Si tiene una

reclamación de prestaciones que le sea denegada o ignorada, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Si se diera el caso de que los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del mismo, o si se le discriminara por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda al Ministerio de Trabajo de EE.UU., a la EBSA o puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costes y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costes y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola. Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana del Ministerio de Trabajo de EE.UU., EBSA, que figura en su guía telefónica, o con la Division of Technical Assistance and Inquiries, Pension and Welfare Benefits Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley ERISA llamando a la línea telefónica de publicaciones de la Administración de Prestaciones de Jubilación y Bienestar.

Nada de lo expuesto en esta declaración pretende interpretar o cambiar en modo alguno las estipulaciones expresadas en el Plan. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de enmendar, modificar o interrumpir la totalidad o parte de este Plan, o las prestaciones previstas en el mismo, siempre que, a su juicio, las condiciones lo justifiquen.

18. Ley de seguro médico y responsabilidad de 1996 ("HIPAA") notificación de privacidad

Una ley, conocida como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y las reglas de privacidad emitidas bajo la ley, le dan ciertos derechos con respecto a su información médica. Se requiere que el Fondo proteja la privacidad de su información médica personal y establezca una política y un procedimiento formal para mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su historial de salud y reclamaciones
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que utilizamos y compartimos la información, como:

- Responder a las preguntas sobre la cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda en caso de catástrofe

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información para:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar sus servicios sanitarios
- Administrar su plan de salud
- Ayudar en cuestiones de salud y seguridad pública
- Realizamos estudios

- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con el médico forense o el director de la funeraria
- Responder a las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las agencias de seguridad y de otras peticiones del gobierno
- Responder a demandas y acciones legales

Esta notificación no se aplica a la información que ha sido despersonalizada. La información despersonalizada es aquella que no le identifica a usted, y con respecto a la cual no existe una base razonable para creer que la información pueda ser utilizada para identificarle.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de su historial médico y de reclamaciones, así como de otros datos sanitarios que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el coste.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que digamos que "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría a su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicite, con quién la hemos compartido y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relativas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable, basada en el coste, si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos. Para ello, póngase en contacto con el responsable de la privacidad utilizando la información que aparece en la última página de esta notificación.
- Puede presentar una queja ante U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta por correo a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que debemos hacer:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Comparta información en una situación de ayuda en caso de catástrofe

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted y de acuerdo con las normas de privacidad de la HIPAA. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Nunca compartimos su información en las siguientes circunstancias, a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Fines de comercialización
- Venta de sus datos
- Anotaciones de psicoterapia

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica?

Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Operar nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar la información genética para decidir si le damos cobertura y el precio de la misma. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

***Ejemplo:** Utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted según el Plan.*

Pagar por sus servicios médicos

Podemos utilizar y divulgar su información médica para pagar sus servicios médicos.

***Ejemplo:** Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

Administrar su plan

Podemos divulgar información médica despersonalizada a la Mesa Directiva para la administración del Plan.

***Ejemplo:** Proporcionamos información despersonalizada sobre las reclamaciones a la Mesa Directiva para que pueda determinar los índices de cotización de los empleadores.*

Otros usos y divulgaciones

Cualquier otro uso o divulgación no descrito en la Notificación sólo se hará con su autorización.

Revocación de la autorización previa

Puede revocar una autorización previa concedida para notas de psicoterapia, marketing, ventas o cualquier otro uso y divulgación autorizados mencionados anteriormente.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda en cuestiones de salud y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted para determinadas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Informar sobre reacciones adversas a los medicamentos
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Hacer investigación

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con el médico forense o el director de la funeraria

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación a los trabajadores
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Para responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida y a proporcionarle una notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Con quién ponerse en contacto en el Plan para obtener más información

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o sobre los temas que en ella se tratan, puede ponerse en contacto con el responsable de privacidad, especificado a continuación:

BeneSys Administrators
Privacy Officer 700 Tower Drive, Suite 300
Troy, MI 48098
Teléfono: (248) 813-9800 o Fax: (248) 206-4903 fax confidencial

Para más información llame o escribe a:

**HEAT AND FROST INSULATORS AND ASBESTOS WORKERS
HEALTH AND WELFARE TRUST FUND**
1050 Lakes Drive, Suite 120
West Covina, CA 91790
(800) 433-6692

**ASEGÚRESE DE INDICAR SU NÚMERO DE SEGURO
SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN EN TODAS LAS
COMUNICACIONES RELATIVAS A LAS PRESTACIONES**