

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

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

**Para los empleados de mantenimiento activos
y sus dependientes elegibles**

Revisado el 1 de enero de 2023

Atención: Si está clasificado como pre-aprendiz, trabajador de astillero o trabajador de mantenimiento de Local 5, tiene derecho a las prestaciones de este plan. Los pre-aprendices, los trabajadores de astilleros de clase 2 y 3a y los trabajadores de mantenimiento 1 y 2a que trabajen menos de 3,000 horas son elegibles para la cobertura única proporcionada por el Fideicomiso solamente. El auto pago está disponible para la cobertura de los dependientes en estas clasificaciones. Los trabajadores de mantenimiento que trabajan más de 3,000 horas son elegibles para la cobertura de dependientes proporcionada por el Fideicomiso sin costo adicional. Las siguientes clasificaciones también tienen cobertura para los dependientes sin coste adicional: Trabajador de astillero clase 3b y 4, Trabajador de astillero- artesano y líder, Trabajador de astillero- artesano líder y mecánico de mantenimiento. Por favor, póngase en contacto con la Oficina Administrativa al (800) 433-6692 si tiene alguna pregunta sobre sus prestaciones o para saber cómo añadir a sus Dependientes si quiere auto pagar su cobertura.

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

EMPLEADOS DE MANTENIMIENTO

Oficina administrativa

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

Fideicomisario del Empleador

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

Fideicomisario del Sindicato

Michael Patterson, Chairman
Rick Johnson
Eddy Pena
Fredi 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 empleados de mantenimiento activos:

Nos complace proporcionarle este nuevo folleto que describe las prestaciones del Fondo disponibles para los empleados de mantenimiento activos y sus dependientes elegibles. Este folleto constituye su Descripción Resumida del Plan ("SPD") y el Documento del Plan, e incluye información importante para ayudarle a entender y evaluar adecuadamente sus prestaciones. Para obtener un esquema o cualquier información adicional sobre sus otras prestaciones del Plan bajo cualquiera de los planes asegurados, consulte el folleto de seguro HMO o de Evidencia de Cobertura adecuado para el año del Plan en curso.

Revise detenidamente este folleto para obtener información sobre la elegibilidad para las prestaciones del Fondo.

Las prestaciones del seguro de vida, de muerte y desmembramiento accidental y del programa para dejar de fumar descritas en este folleto se aplican a todos los empleados de mantenimiento elegibles.

Las descripciones de los planes médicos y dentales de prepago que ofrece el Fondo se describen en folletos separados. La descripción del plan de visión está contenida en un folleto separado disponible en la Oficina Administrativa.

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 y exclusiva discreción y autoridad para interpretar los términos del 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 el participante, sus dependientes y los proveedores.

Si tiene alguna pregunta, llame a la Oficina Administrativa a los números de teléfono o a la dirección indicada en este folleto. En virtud de la autoridad otorgada al Fideicomiso en el marco del Plan, éste ha delegado en BeneSys Administrators las tareas administrativas rutinarias del Plan. El personal estará encantado de ayudarle.

Atentamente,

LA MESA DIRECTIVA

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.

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).

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 los 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 al (800) 433-6692.

REFERENCIA RÁPIDA DE COBRA

Según 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 después de la fecha en que normalmente terminaría la cobertura 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 y como se define en COBRA, es cualquier persona que el día anterior a un evento calificado estaba cubierta por este plan por 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 derecho a 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 8.	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 (1) 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 (1) 6 meses después de la fecha del evento calificativo inicial

Consulte las páginas 9 – 12 para obtener una descripción completa de las estipulaciones de la cobertura de continuación COBRA.

REFERENCIA RÁPIDA – CONTACTOS IMPORTANTES

Información necesaria	A quién contactar
Información sobre la elegibilidad Solicitud para formularios de reclamación Información sobre reclamaciones: Seguro de vida y AD&D, Prestaciones del programa para dejar de fumar	Oficina Administrativa (BeneSys Administrators) (800) 433-6692 1050 Lakes Drive, Suite 120 West Covina, CA 91790 www.hfawbenefits.org
Línea de ayuda para dejar de fumar	(800) 662-8887 (English) (800) 456-6386 (Spanish) (800) QUIT NOW (800-784-8669)
Información y formularios de las prestaciones para cuidado de la vista	Vision Service Plan Teléfono: (800) 877-7195 333 Quality Drive Rancho Cordova, California 95670 Envíe por fax las reclamaciones fuera de la red a: (916) 851-5152 Sitio web: www.vsp.com
Kaiser Foundation Health Plan	Teléfono: (800) 464-4000 Sitio web: www.healthy.kaiserpermanente.org
DeltaCare USA	Teléfono: (800) 422-4234 Sitio web: www.deltadentalins.com/deltacare
United of Omaha	Teléfono: (800) 775-8805 Sitio web: www.mutualofomaha.com
WorkCare	Teléfono: (800) 455-6155

CONTENIDO

	<u>Página</u>
ESQUEMA DE PRESTACIONES	1
NORMAS DE ELEGIBILIDAD	2
Elegibilidad inicial	2
Continuación de la elegibilidad	2
Banco de horas	2
Dependientes elegibles	3
Órdenes de Apoyo Médico Infantil Calificado	4
Cuando la cobertura entra en vigor	5
Derechos especiales de inscripción	5
Cuando finaliza su cobertura	6
Restablecimiento de la cobertura	6
Cobertura continuada durante el Servicio Uniformado	6
Restablecimiento de la elegibilidad tras los Servicios Uniformados	7
Ley de Licencia Familiar y Médica	7
Cuando finaliza la cobertura de su dependiente	8
Extensiones especiales de la cobertura	8
Estipulaciones de autopago	8
Cobertura de Continuación COBRA	9
OTROS DATOS.....	13
Formulario de inscripción	13
Reglamento de la póliza.....	13
Presentación puntual de reclamaciones	13
Financiamiento	13
Modificación y terminación	13
PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y DE APELACIÓN	14
Presentar una reclamación	16
Plazos para la toma de decisiones iniciales	17
Requisitos de notificación para una reclamación inicial	18
Presentar una apelación	19
Plazos para la toma de decisiones sobre la apelación	19
Derechos adicionales en la apelación	20
Requisitos de notificación para la denegación en la apelación	20
El procedimiento de revisión externa	21
Revisión externa acelerada	22
Derecho a interponer una acción civil	23
PRESTACIÓN POR EXAMEN FÍSICO	23
PARA EMPLEADOS DE MANTENIMIENTO CUALIFICADOS	23
SEGURO DE VIDA – PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE MANTENIMIENTO ACTIVOS ELEGIBLES	23
Las prestaciones	23
Seguro durante la incapacidad total	24
Su beneficiario	24
Como continuar con su seguro de vida si pierde la elegibilidad	24
ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS – FOR ALL ELIGIBLE	

CONTENIDO

	<u>Página</u>
ACTIVE MAINTENANCE EMPLOYEES	24
Las prestaciones	24
Exclusiones	25
INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974.....	27

ESQUEMA DE PRESTACIONES

PRESTACIONES SÓLO PARA EMPLEADOS

SEGURO DE VIDA – PROPORCIONADO POR UNITED OF OMAHA	\$2,000
PRESTACIONES POR MUERTE (auto financiado)	\$3,000

PRESTACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL – PROPORCIONADO POR MUTUAL OF OMAHA

Pérdida de vida \$20,000

Pérdida de:

Dos o más: manos, pies, visión del ojo o pérdida del habla o del oído	\$20,000
Una mano, un pie, el habla o el oído, o la vista en un ojo	\$10,000
Pulgar e índice de la misma mano	\$5,000

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.

PRESTACIONES PARA EMPLEADOS Y DEPENDIENTES - PROPORCIONADAS POR EL FONDO

Programa para dejar de fumar

El Plan proporciona tratamiento y recursos para ayudarle a dejar de fumar. El asesoramiento es gratuito. Para obtener más detalles sobre las prestaciones de este programa, póngase en contacto con la Oficina Administrativa.

Planes médicos y dentales asegurados

Si reúne los requisitos para seleccionar uno de los planes médicos o dentales asegurados para usted o sus dependientes que reúnen 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.

Deberá presentar sus reclamaciones de prestaciones sobre las que el Plan tiene potestad dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios o suministros.

NORMAS DE ELEGIBILIDAD

Las normas de elegibilidad descritas en este SPD y en el Documento del Plan se aplican a todas las prestaciones proporcionadas a través del Fondo a los empleados de mantenimiento activos y a sus dependientes elegibles, y pueden modificarse de vez en cuando a discreción exclusiva y absoluta de los Fideicomisarios.

Elegibilidad inicial

Para establecer su elegibilidad para todas las prestaciones del Plan, a excepción de la prestación de examen médico, 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 las 320 horas requeridas.

Ejemplo:

- Si trabaja un total de al menos 320 horas durante los meses de enero, febrero y marzo, será 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 enero, recibirá la cobertura de marzo.

Mes de horas trabajadas	Horas reportadas a la oficina del Fondo Fiduciario	Elegibilidad para la cobertura a partir del día 1 del mes
Enero	Febrero	1 de marzo

Banco de horas

Si trabaja más de 120 horas durante un mes, el exceso de horas se acreditará a su Banco de Horas, hasta un máximo de 30 horas al mes. En ningún caso el número de horas de su Banco de Horas superará las 240.

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 autopagar la diferencia entre esas horas y el requisito de 120 horas para ese mes de cobertura. El autopago requerido para la cobertura continua será igual al índice determinado por los Fideicomisarios, a su sola discreción, y que puede ser cambiado de vez en cuando. El autopago de las horas necesarias para la cobertura le permitirá continuar con la cobertura, pero no le permitirá restablecerla una vez que haya perdido la elegibilidad.

Las horas en el Banco de Horas de un empleado se suspenderán durante el tiempo en que el empleado, esté o no empleado activamente, sea elegible para participar en cualquier otro Fondo de Salud y Bienestar, o durante ese tiempo en que el empleado pase a estar empleado activamente en la industria del

aislamiento o de la reducción del amianto por un empleador que no esté cotizando a este Fondo Fiduciario. Esta suspensión no podrá exceder de 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

Si usted es un pre-aprendiz, un trabajador de astillero de clase 2 y 3a, o un trabajador de mantenimiento 1 y 2a que ha trabajado menos de 3,000 horas para un empleador contribuyente, puede elegir la cobertura para sus dependientes elegibles. Sin embargo, se requiere un autopago para esta cobertura. La cantidad del autopago refleja el índice establecido por los Fideicomisarios, a su entera discreción, que puede ser modificado de vez en cuando. Si usted es un trabajador de mantenimiento que ha trabajado más de 3,000 horas para un empleador contribuyente, la cobertura de los dependientes se proporciona automáticamente sin coste alguno para usted. Todas las demás clasificaciones bajo el SPD de los trabajadores de mantenimiento son elegibles para la cobertura de dependientes proporcionada por el Fideicomiso inmediatamente después de la elegibilidad sin autopago.

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;
- los 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 los 26 años y que esté sujeto a la terminación de la cobertura según los términos del Plan, continuará estando cubierto hasta el final del mes en el que el hijo cumpla los 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 como dependiente fiscal, su pareja doméstica registrada: 1) no debe ser un hijo calificado de ningún contribuyente, 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 ni jurídico, por lo que deberá consultar a su asesor fiscal o a su abogado. Si su pareja doméstica registrada se considera su dependiente fiscal, puede presentar una certificación escrita y notariada 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 los impuestos federales, se le facturarán mensualmente todos los impuestos federales aplicables basados en el 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 duda, póngase en contacto con dicha Oficina Administrativa llamando al (800) 433-6692.

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 como dependiente fiscal, su pareja doméstica registrada: 1) no debe ser un hijo calificado de ningún contribuyente, 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 jurídico, por lo que debe consultar a su asesor fiscal o abogado. Si su pareja doméstica registrada se considera su dependiente fiscal, puede presentar una certificación escrita y notariada 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 Calificado

El Plan inscribirá a los hijos de un empleado elegible, según lo indique una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificado (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 tenga 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 el artículo 1908 de la Ley del Seguro Social, que establece en parte que si el padre empleado elegible o participante retirado no inscribe al niño, entonces el padre no empleado o no participante o la agencia estatal puede inscribir al niño.

Para cumplir con los requisitos, 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 debe proporcionar el Plan a cada uno de dichos hijos,
- el período al que se aplica la Orden, y
- el nombre de cada uno de los Planes a los que se aplica la Orden.

Una Orden de Apoyo Médico Infantil no cumplirá con los requisitos 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 de ningún hijo del participante cubierto por una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada por el hecho de que el hijo no sea reclamado como dependiente en la declaración de impuestos federales 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, que 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 explicado en este SPD/Documento del Plan.

Si la orden es calificada, la notificación dará instrucciones para inscribir a cada niño nombrado en la orden. Deberá recibirse una copia de la Orden de Apoyo Médico Infantil completa antes de la afiliación, y los participantes deberán pagar por adelantado las cotizaciones requeridas para el/los hijo(s). Los hijos inscritos en virtud de una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada estarán sujetos a todas las estipulaciones aplicables a la cobertura de los dependientes en el Plan.

Cuando la cobertura entra en vigor

La cobertura de su dependiente entrará en vigor en la última de las siguientes fechas, siempre que usted realice el autopago, si se requiere:

- la fecha en que entre en vigor su cobertura;
- la fecha en que adquiera al dependiente; o
- el primer día de cualquier mes civil posterior a la inscripción del dependiente en la cobertura. Se pueden añadir dependientes hasta 6 meses después de su elegibilidad inicial.

La cantidad del autopago y el método de pago son determinados por la Mesa Directiva y están sujetos a cambios de vez en cuando a la única y absoluta discreción de los Fideicomisarios. Los pagos deben ser recibidos por la Oficina Administrativa a más tardar el día 20 del mes anterior al mes en el que se desea que comience la cobertura de los dependientes.

Ejemplo:

- Si desea la cobertura de dependientes para el mes de junio, el pago debe recibirse antes del 20 de mayo.

Derechos especiales de inscripción

Si tiene derecho a la cobertura del Plan y no se ha inscrito o ha decidido 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", por sus siglas en inglés), podrá 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 contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la afiliación dentro de los 6 meses siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de cotizar para 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 sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción, pero deberán solicitarla en los 6 meses siguientes a la fecha en que se determine su elegibilidad para el subsidio. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción para su dependiente en los 6 meses siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con:

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

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 autopago, si se requiere (consulte la página 8 para ver una descripción de las estipulaciones de autopago del Fondo);
- la fecha en que su servicio militar a tiempo completo supere los 31 días;
- la fecha en que los programas de prestaciones sean dados de baja por la Mesa Directiva;
- la fecha en la que usted es un operador propietario y su empresa se retrasa en el pago de sus cotizaciones; o
- 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 la morosidad en el pago de las cotizaciones.

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

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 inicial detallados en la página 2.

Cobertura continuada durante el Servicio Uniformado

Si un empleado elegible realiza un servicio en los servicios uniformados de EEUU, la ley federal le otorga ciertos derechos para continuar con la cobertura de 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 de EEUU" y/o "Servicios Uniformados" significan los Servicios Armados (incluido el Servicio de Guardacostas), la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando están en servicio activo para entrenamiento, entrenamiento en servicio inactivo o servicio a tiempo completo de la Guardia Nacional 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 a los Servicios Uniformados, y la ausencia del Empleado se debe a una licencia de los Servicios Uniformados de **31 días o menos**, 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 con la cobertura mediante: (1) utilizando las horas disponibles en su cuenta bancaria de horas,

o (2) autopagando bajo las estipulaciones de la 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 las siguientes:

- 24 meses a partir del día en que comience la licencia de los 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 período de licencia de los Servicios Uniformados, y dichos gastos se presentan al Plan y éste paga las prestaciones, se considerará que el empleado ha elegido la cobertura continua durante el mes o los meses que comienzan cuando el empleado entró en la licencia de los Servicios Uniformados hasta el último mes en que se incurrió en dichos 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 los Servicios Uniformados

Si un empleado era elegible para las prestaciones en la fecha de ingreso a los Servicios Uniformados y al completar 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 prestaciones 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 cumple con los requisitos para obtener tanto: (a) la cobertura de la FMLA debido a la propia incapacidad del empleado, como (b) la Extensión Especial por Incapacidad Total de 12 meses de este Plan, la continuación de la elegibilidad se llevará a cabo simultáneamente hasta que se agote la licencia de la FMLA, y luego 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 se reincorpora al trabajo;
- el día en que la cobertura bajo el Plan terminaría (es decir, se ha pagado el máximo del Plan); o
- El 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 hay algún conflicto entre estas estipulaciones y la FMLA, regirán las estipulaciones mínimas de la FMLA.

Los empleadores deberán aportar 160 horas al mes con el índice de cotización actual del empleador para los empleados que estén de baja por FMLA.

Cuando finaliza la cobertura de su dependiente

Your dependent's coverage will terminate on the earliest of the following dates:

- la fecha en que finalice su elegibilidad;
- la fecha en que el dependiente deje de reunir los requisitos para ser considerado dependiente, tal y como se define en la página **Error! Bookmark not defined.**;
- la fecha en que el dependiente celebre el servicio a tiempo completo en las fuerzas armadas; o
- la fecha en la que los programas de prestaciones son dados de baja por la Mesa Directiva.

En determinadas circunstancias, la cobertura de su dependiente puede continuar. Consulte el apartado "Extensiones especiales" a continuación.

Extensiones especiales de la cobertura

Empleados de mantenimiento activo 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 extensión especial incluye la cobertura del seguro de vida y las prestaciones de muerte y desmembramiento accidental, además de las prestaciones médicas, de recetas, dentales y de la vista.

Si pierde la elegibilidad por estar totalmente incapacitado, la cobertura para usted y sus dependientes elegibles puede continuar hasta 12 meses siempre que presente una solicitud en la Oficina Administrativa. Esto incluye el seguro de vida y las prestaciones por muerte y desmembramiento accidental, además de las prestaciones médicas, odontológicas y oftalmológicas. La cobertura de los dependientes puede continuar efectuando un autopago, si es necesario.

Se entenderá por INCAPACIDAD TOTAL aquella que, como resultado de una lesión o enfermedad, le impida realizar sus tareas habituales como trabajadores de mantenimiento de *Heat and Frost*.

Si agota esta extensión, usted y sus dependientes podrán continuar con la cobertura de acuerdo con las estipulaciones de COBRA del Fondo descritas en las páginas 9 a 12. Una vez que el participante alcance el número máximo de meses permitido, no tendrá derecho a otra extensión por incapacidad hasta que recupere la elegibilidad como resultado de trabajar en una clasificación cubierta y ser elegible durante 12 meses consecutivos.

Hijos discapacitados física y mentalmente

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

Estipulaciones de autopago

Empleados de mantenimiento 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 extensión 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 realizando autopagos. Este privilegio de autopago termina si durante los nueve meses usted: (1) se devuelve al empleo activo, (2) pasa a ser elegible para participar en otro plan de Salud y Bienestar, o (3) pasa a ser empleado activo 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.

Ejemplo:

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

La cantidad del autopago y el método de pago serán determinados por la Mesa Directiva a su única y absoluta discreción y están sujetos a cambios de vez en cuando.

Si agota esta opción de autopago de nueve (9) meses y pierde 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 su cobertura de autopago se aplica a cualquier cobertura COBRA a la que usted y sus dependientes tengan derecho.

Dependientes sobrevivientes de empleados de mantenimiento en activo fallecidos

Si sus dependientes sobrevivientes agotan su extensión de cobertura de 24 meses, su cónyuge sobreviviente puede continuar su cobertura realizando autopagos. 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 autopago y el método de pago serán determinados por la Mesa Directiva a su entera discreción y están sujetos a cambios de vez en cuando.

La cobertura de autopago para sus dependientes sobrevivientes puede continuar, pero terminará cuando ocurra lo primero de:

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

Si la cobertura de su dependiente finaliza porque el cónyuge del participante se vuelve a casar, o la prórroga de 24 meses expira sin que el cónyuge superviviente haya elegido continuar con la cobertura mediante autopagos, sus dependientes elegibles podrán continuar con la cobertura mediante autopagos hasta que haya transcurrido un periodo total de 36 meses desde el fallecimiento del participante, o hasta que la elegibilidad del dependiente para la cobertura mediante autopagos expire, lo que ocurra primero.

Cobertura de Continuación COBRA

Para todos los empleados de mantenimiento y sus dependientes

Usted y sus dependientes tienen derecho a continuar con 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 Ómnibus Consolidada de 1995 ("COBRA"). La Cobertura de Continuación COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando la cobertura sanitaria de grupo terminaría de otro modo en el marco del Plan. Es importante tener en cuenta que cuando usted cumple los requisitos para la Cobertura de Continuación COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la Cobertura de Continuación COBRA. Es su responsabilidad determinar si la continuación de la cobertura de COBRA es adecuada para usted. Los eventos que activan los derechos de la Cobertura de Continuación COBRA se denominan "eventos calificativos". Esta continuación de la cobertura puede requerir el autopago de las primas y no incluye el seguro de vida ni las prestaciones por muerte y desmembramiento accidental. Puede seleccionar la cobertura "básica", que sólo proporciona prestaciones médicas, o la "básica plus", que incluye prestaciones médicas y dentales y de visión.

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

- su empleo finaliza por cualquier motivo, excepto por una falta grave; 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; 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 3. Se considerará que un hijo que reúna los requisitos para continuar en virtud de la extensión especial del plan para niños discapacitados mental y físicamente (página 8) tiene la condición de dependiente;
- usted fallece;
- usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente;
- si 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; 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.

Los nuevos dependientes adquiridos mientras usted está cubierto por COBRA pueden añadirse notificándolo a la Oficina Administrativa dentro de los 60 días siguientes a la adquisición del nuevo dependiente.

Periodo de continuación

La cobertura puede continuar, autopagándose, de la siguiente manera:

- La cobertura para usted o sus dependientes puede continuar durante un máximo de 18 meses si la cobertura finaliza debido a su despido (que no sea por una falta grave), o a la reducción de las horas de trabajo, y la cobertura comienza a partir de la fecha del evento calificativo. Esto incluye cualquier cobertura de autopago que no sea de COBRA.
- Si la Administración de la Seguridad Social determina que usted o alguno de sus dependientes cubiertos estaba incapacitado durante los primeros 60 días de la Cobertura de Continuación COBRA y usted informa al *Heat & Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Fund* antes de que finalice el periodo de continuación de 18 meses, la cobertura podrá ampliarse durante 11 meses más, hasta un total de 29 meses. La prueba de incapacidad debe proporcionarse al Administrador del Plan dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que la Administración del Seguro Social tome la determinación. Este periodo ampliado de cobertura continuada se aplica a la persona que ha sido determinada como incapacitada por la Administración del Seguro Social (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 de continuación total de hasta 36 meses si se produce un segundo evento calificativo. Esta extensión está disponible si la cobertura finaliza debido a su fallecimiento, divorcio o separación legal, o si su hijo dependiente deja de satisfacer la definición de dependiente elegible del Plan y la Oficina Administrativa recibe la notificación adecuada, tal y como se describe a continuación.

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 le da derecho a la Cobertura de Continuación, su dependiente puede elegir continuar la cobertura hasta un máximo combinado de 36 meses. Los dependientes incluirán a los recién nacidos y a los hijos adoptados del empleado añadidos 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.

Tenga en cuenta que, una vez que la Oficina Administrativa reciba la notificación de que se ha producido un evento calificativo, se ofrecerá la Cobertura de Continuación COBRA a cada uno de sus beneficiarios calificados. Cada beneficiario cualificado tendrá un derecho independiente a elegir la Cobertura de Continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la Cobertura de Continuación COBRA en nombre de sus hijos.

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 calificado no estará cubierto por el Plan(es) durante el periodo de elección de 60 días y el periodo 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 prestaciones 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 la prima completados a tiempo y de forma adecuada, se le comunicará al proveedor que el Beneficiario calificado 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 la prima completados a tiempo y de forma adecuada. Una vez recibido a tiempo el formulario de elección debidamente cumplimentado y el pago de todas las primas aplicables, la Cobertura de Continuación COBRA entrará en vigor.

Requisitos de notificación

Si sus dependientes perderían la cobertura debido a su divorcio o separación legal de su cónyuge o a que

su hijo deja de ser dependiente, tal y como se define en la página 3, usted o sus dependientes deben notificar a la Oficina Administrativa en el plazo de 60 días a partir de (i) el acontecimiento o (ii) la fecha en 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 perdiera debido a su fallecimiento, al cese de la relación laboral o a la insuficiencia 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 continua

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

- la fecha de finalización del Plan;
- la fecha en que se deba y no se pague una prima requerida 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 dependiente tienen 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 su(s) dependiente(s) reciba(n) la determinación final del Seguro Social de que usted o su(s) dependiente(s) ya no están incapacitados. (Se aplica en situaciones en las que el evento calificativo fue el cese de empleo o la reducción de horas y en las que la cobertura de COBRA continuaría durante 11 meses más).

Otras opciones disponibles para usted cuando la cobertura del Plan finalice

Es posible que tenga 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 alguna pregunta sobre su Plan o sus derechos a la Cobertura de Continuación COBRA, debe dirigirse a la Oficina Administrativa o a los organismos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), 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 proporcionarán todos los detalles de esta Cobertura de Continuación a usted o a sus dependientes cuando se produzca un Evento Calificativo.

OTROS DATOS

Formulario de inscripción

Todo empleado de mantenimiento activo que trabaje para un empleador cotizante debe asegurarse de completar un formulario de inscripción. Los formularios están disponibles en la Oficina Administrativa y en las oficinas del sindicato local. Es necesario llenar el formulario de inscripción y verificar la condición de dependiente (como un acta de matrimonio o un acta de nacimiento) antes de que usted y sus dependientes puedan inscribirse correctamente en cualquiera de los planes ofrecidos a través del Fondo. Sin estos documentos requeridos, su(s) dependiente(s) no estará(n) cubierto(s). Fuera de los períodos de inscripción inicial y 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.

Reglamento de la póliza

Si reúne los requisitos del Fondo, sus derechos sólo pueden ser determinados por:

- las normas y reglamentos del Fondo, incluidos los descritos en este SPD y en el documento del plan en relación con las prestaciones médicas (programa para dejar de fumar) y de fallecimiento proporcionadas directamente por el Fondo;
- la póliza de grupo relativa a las prestaciones de seguro de vida, muerte y desmembramiento accidental proporcionadas por Mutual of Omaha;
- el Acuerdo de Servicio relativo a las prestaciones médicas proporcionadas por Kaiser Permanente;
- el Acuerdo de Servicio relativo a las prestaciones dentales administradas por United Concordia Dental Services; y
- el Acuerdo relativo a las prestaciones oftalmológicas administradas por Vision Service Plan.

La información contenida en estas páginas pretende ser un resumen de las normas de elegibilidad del Fondo y de las prestaciones proporcionadas a través de la póliza de grupo emitida por Mutual of Omaha. Para determinar sus prestaciones en el Fondo, lea este SPD y el Documento del Plan junto con la póliza de grupo o el acuerdo de servicio aplicable.

Presentación puntual de reclamaciones

Debe presentar sus reclamaciones por incapacidad y para dejar de fumar en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que se prestaron los servicios o suministros. Los procedimientos de reclamación se detallan en las páginas 14 a 18, y también se describen con más detalle en los acuerdos de servicio de los proveedores de seguros.

Financiamiento

Las prestaciones para los empleados de mantenimiento en activo y sus dependientes elegibles se pagan mediante las cotizaciones del empleador al Fondo como resultado de los convenios colectivos. En algunos casos puede exigirse un aut pago en cantidades determinadas por la Mesa Directiva y que pueden ser modificadas en cualquier momento a discreción única y absoluta de la Mesa Directiva.

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 empleados de mantenimiento en activo, 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;
- terminar el Plan aunque dicha terminación afecte a reclamaciones ya devengadas;
- alterar o posponer el método de pago de cualquier prestación; y
- modificar o rescindir cualquier otra estipulación del Plan.

La existencia y continuación de las prestaciones del Plan depende de la continuidad del convenio colectivo entre el sindicato y la asociación. Si el convenio colectivo finaliza, las prestaciones continuarán mientras el efectivo del fondo de reserva lo permita. La Mesa Directiva puede modificar las condiciones del Plan y las prestaciones previstas en el mismo por mayoría de votos. Cualquier cambio acordado se adoptará a partir de la fecha de vigencia establecida y se proporcionarán las notificaciones requeridas de dichos cambios a los participantes (si procede).

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y DE APELACIÓN

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, que consisten en las prestaciones por incapacidad y para dejar de fumar proporcionadas por el plan. Para el resto de prestaciones proporcionadas por el plan, incluidas las prestaciones médicas de la HMO, las prestaciones dentales de prepago y las prestaciones oftalmológicas, las reclamaciones se administran a través del proveedor del seguro. Consulte la documentación proporcionada por el proveedor de seguros en relación con las reclamaciones y las apelaciones para obtener información sobre cómo presentarlas. 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 y los plazos que se conceden para las extensiones y la aportación de información adicional.

	Reclamación de atención urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación post-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 extensión 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 extensión 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.

	Reclamación de atención urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación post-servicio	Reclamación de atención concurrente
Notificación de extensión del periodo de determinación inicial	No se permite ninguna prórroga.	Hasta una extensión 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 extensión 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 extensión 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 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.

	Reclamación de atención urgente	Reclamación previa al servicio	Reclamación post-servicio	Reclamación de 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 extensiones.	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 extensiones.	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.

A excepción de las cuestiones de elegibilidad en virtud del Plan, la Mesa Directiva no tiene nada que decir sobre las determinaciones de prestaciones realizadas por una HMO (Kaiser), un proveedor dental prepago (United Concordia), un proveedor de servicios de visión (Vision Service Plan), una organización de servicios u otra compañía de seguros. 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, proveedor de visión, organización de servicios o compañía de seguros. **NO UTILICE EL PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES DEL HEAT AND FROST INSULATORS AND ASBESTOS WORKERS HEALTH AND WELFARE FUND.** Para dichas reclamaciones, lea la Prueba 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 de prestaciones por incapacidad y/o para dejar de fumar 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. **Las reclamaciones deben presentarse en la Oficina Administrativa dentro de los 12 meses siguientes al primer día de tratamiento o fecha de servicio.**

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 ha recibido.

Una **reclamación de atención urgente** es cualquier reclamación de atención o tratamiento médico 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 el cuidado o 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 concurrente.

Una **Reclamación de atención concurrente** es una reclamación de atención continua o un plan de tratamiento que ha sido revisado y aprobado por el Plan. Un ejemplo sería la terapia física o el cuidado quiropráctico para el que un programa de tratamiento incluiría 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 una 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 extensión de tiempo. Si se requiere una extensión, se le dará una notificación por escrito de la extensión antes de que termine el período inicial de **15** días. La extensión no superará los **15** días desde la finalización del período inicial.

En el caso de que sea necesaria una extensión 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 extensión 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 período 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 Beneficios 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 extensión de tiempo. Si se requiere una extensión, se le dará una notificación por escrito de la extensión antes de la terminación del período inicial de **30** días. La extensión no superará los **15** días desde la finalización del período inicial.

En el caso de que sea necesaria una extensión 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 extensión 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 período

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, si procede). 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 para presentarla 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 dentro de los tres (3) 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 específico, 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 curso de tratamiento en curso para ser proporcionado durante un período de tiempo o número de tratamientos y hay una reducción o terminación del curso o número de tratamientos antes del final del período de tiempo o número de tratamientos, el Plan le notificará con suficiente antelación de la reducción o terminación para permitirle apelar la decisión antes de que el beneficio sea reducido o terminado.

Reclamación por incapacidad

Si presentó 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 que el Plan reciba su reclamación. Este período de 45 días podrá prorrogarse hasta 30 días (hasta un total de 75 días) si el Plan determina que es necesaria una extensión de tiempo para tomar la determinación debido a asuntos que escapan al control del Plan, y le notifica antes de la expiración del período inicial de 45 días las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión. Si el Plan determina que es necesaria una extensión adicional de tiempo debido a asuntos que escapan al control del Plan, y le notifica antes del vencimiento del primer período de extensión de 30 días las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha para la cual el Plan espera tomar una decisión, entonces el período para tomar una determinación de prestaciones puede ser extendido por el Plan por 30 días adicionales (hasta un total de 105 días). Sin embargo, si usted no proporciona 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 extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

Requisitos de notificación para una reclamación inicial

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;
- La 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 iniciar una acción 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; y
- Si su reclamación de atención urgente es denegada, la notificación también incluirá una descripción del procedimiento de apelación acelerado del plan.
- Si se deniega una reclamación de extensión especial para mecánicos activos discapacitados, de extensión especial para niños discapacitados mental y físicamente, o de seguro de vida durante la extensión de prestaciones por incapacidad total, la notificación en la que se exponga el motivo de la denegación de la reclamación incluirá las normas y la base de desacuerdo con los profesionales sanitarios o vocacionales, o cualquier determinación de incapacidad por parte de terceros, si procede.

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 apela la 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 una reclamación de pre-servicio, post-servicio, una reclamación de atención urgente o una reclamación de atención concurrente.

Si su apelación se refiere a una reclamación de atención urgente, toda la información necesaria se transmitirá entre usted y el Plan por teléfono, fax u otro método disponible igualmente expeditivo.

Plazos para la toma de decisiones sobre la apelación

Reclamación de Atención Post-Servicio/Concurrente/Reclamación de Incapacidad

Si presentó una apelación de una Reclamación Post-Servicio denegada o una apelación de una reducción o terminación de un curso de tratamientos en curso o de número previamente aprobado, la Mesa Directiva le notificará su determinación sobre la apelación tan pronto como sea 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 nueva extensión del plazo de tramitación, la Junta Directiva le notificará su decisión a más tardar 5 días después de la tercera reunión de la Mesa 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 extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha a partir de la cual se tomará la determinación de las prestaciones, antes del inicio de la extensión.

Reclamación de atención urgente

Si presentó una apelación de una reclamación de atención urgente denegada, de pre-servicio o de una reclamación de atención concurrente que también es una reclamación de atención urgente, 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 decide presentar una apelación, tendrá los siguientes derechos:

- Tendrá la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamación al Fideicomisario/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 determinación de forma independiente;
- La apelación será llevada a cabo por un fiduciario nombrado que no sea el individuo que tomó la determinación inicial adversa, 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 médica mente necesario o adecuado, el fiduciario nombrado consultará con un profesional de la atención médica que tenga la formación y la 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
- Puede 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 el asesoramiento se basó en la determinación de las prestaciones.
- 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 discapacitados. Extensión especial para niños discapacitados mental y físicamente, o seguro de vida durante la incapacidad total de las prestaciones de cobertura, se presentará al reclamante de forma gratuita tan pronto como sea posible antes de la determinación de la denegación de las prestaciones en revisión.

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 a todos los documentos, registros y otra información relevante para su reclamación de prestaciones, así como copias de los mismos;
- 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 presentar una demanda en virtud del artículo 502(a) de ERISA;
- Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para realizar 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 realizar la determinación y que se le proporcionará una copia de dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio de forma gratuita si lo solicita; y
- 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 tiene alguna pregunta sobre los procedimientos anteriores, póngase en contacto con la Oficina Administrativa llamando al (800) 433-6692.

El procedimiento de revisión externa

Su solicitud de Revisión Externa debe presentarse de acuerdo con las instrucciones contenidas en su notificación de denegación de la apelación y debe recibirse a más tardar cuatro (4) meses después de la fecha en que reciba la notificación de denegación de la apelación. Si no hay una fecha correspondiente cuatro (4) 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. Esta 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 siguiente a la recepción de la notificación.

Si su solicitud de Revisión Externa está completa y es elegible, el Administrador del Plan le asignará una organización de revisión independiente calificada (IRO) para que realice la Revisión Externa y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la asignación le proporcionará al 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 usted presenta información adicional, la IRO enviará dicha 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 IRO no sea contraria a los términos del Plan; las pautas de la práctica médica adecuadas; cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el Plan; y la opinión de los revisores clínicos de la IRO.

La IRO le notificará por escrito a usted y al Administrador del Plan la decisión final de la Revisión Externa dentro de los 45 días siguientes a la recepción por parte de la IRO de 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, ya sea 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;
- Si recibe una denegación de reclamación que implique 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 final de la reclamación se refiere a un ingreso, a la disponibilidad de la atención, a una estancia continuada o a un documento o servicio de atención médica por el que ha recibido servicios de emergencia pero no ha sido dado de alta de un centro.

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.

Tras determinar que una solicitud es elegible para una Revisión Externa acelerada, el Administrador del Plan asignará una IRO para la 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 se realiza 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 iniciar una acción civil en virtud de la sección 502(a) de ERISA, ya sea en un tribunal estatal o federal.

Ninguna persona podrá presentar una acción contra el Plan, los Fideicomisarios o cualquiera de los agentes de los Fideicomisarios más de 180 días después de que un Reclamante reciba la notificación por escrito de la denegación de una apelación o, en su caso, 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.

PRESTACIÓN POR EXAMEN FÍSICO PARA EMPLEADOS DE MANTENIMIENTO CUALIFICADOS

La prestación de examen físico proporciona una revisión de examen médico y pruebas médicas a través del Programa de exámenes médicos de WorkCare ("Programa") a los empleados que tienen un empleo cubierto (o a los que han solicitado un empleo cubierto) con determinados Empleadores que están obligados a realizar cotizaciones al Plan en nombre de sus empleados para recibir las prestaciones específicas del Programa. El objetivo de estas prestaciones es identificar a tiempo los problemas de salud de un empleado relacionados con la exposición.

Las prestaciones consisten en revisiones de exámenes médicos por parte de un proveedor participante en el Programa y en pruebas médicas aplicables, que incluyen un examen previo a la contratación y una radiografía de base, y un examen anual a partir de entonces. Al recibir la revisión del examen médico en el marco del Programa, el médico revisor emitirá una autorización médica en su nombre para que pueda comenzar a trabajar con el Empleador.

Para programar su examen médico, puede ponerse en contacto con WorkCare llamando al (800) 455-6155.

Tenga en cuenta que esta prestación no está disponible para todos los participantes. Debe estar en o a punto de comenzar un Empleo Cubierto con un Empleador que contribuya al Plan para obtener esta prestación específica. Para obtener más información sobre las prestaciones, así como para saber si este beneficio se aplica en su caso, póngase en contacto con la Oficina Fiduciaria.

SEGURO DE VIDA – PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE MANTENIMIENTO ACTIVOS ELEGIBLES

Las prestaciones

En caso de su fallecimiento, debido a cualquier causa, se pagará a su beneficiario:

- \$2,000 de prestaciones de seguro de vida colectivo, y
- \$3,000 de prestaciones por fallecimiento

Estas cantidades están sujetas 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 antes de los 60 años, la cantidad total de su seguro de vida colectivo de \$2,000 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 que le facilitará 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 de \$2,000 se pagará en caso de que su muerte ocurra durante los siguientes 31 días.

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 final del 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 llamando al (800) 775-8805.

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

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS – FOR ALL ELIGIBLE ACTIVE MAINTENANCE EMPLOYEES

Las prestaciones

Su prestación por muerte y desmembramiento accidental se pagará 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 y se le mantiene con vida mediante un sistema de soporte artificial como resultado 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 y del oído.....	\$20,000
	(Se le paga a usted)
Pérdida de:	
Una mano; un pie; o la vista de un ojo, el habla o el oído	\$10,000
	(Se le paga a usted)

Pérdida de:

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

Si sufre más de un siniestro en un accidente, sólo se pagará el siniestro por el que se pague la mayor cantidad.

Exclusiones

No se pagarán prestaciones por cualquier pérdida que:

- no sea permanente;
- se produzca 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 esté en servicio activo o en formación en las:
 - Fuerzas Armadas;
 - Guardia Nacional; o
 - Reservas de cualquier estado o país.

Tenga en cuenta que todas las exclusiones para otras prestaciones, están incluidas con más detalle en los acuerdos de servicio y/o folletos de evidencia de cobertura proporcionados por la compañía de seguros de los otros planes de prestaciones.

PRESTACIONES DEL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR – PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE MANTENIMIENTO ACTIVOS ELEGIBLES

El Fondo ha llegado a un acuerdo con la Línea de Ayuda a los Fumadores de California para proporcionar servicios de asesoramiento a los empleados y a sus dependientes que deseen dejar de fumar o estén pensando en dejar los productos del tabaco. LAS LÍNEAS DE AYUDA ESTÁN DISPONIBLES PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES SIN COSTO ALGUNO PARA USTED.

La Línea de Ayuda a los Fumadores de California está disponible 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. en los siguientes números:

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

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

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

El Fondo cubre el Zyban y los productos de sustitución de la nicotina, como el chicle, el inhalador, el parche o el spray. El Fondo le reembolsará al presentar las solicitudes de reembolso como se describe en las páginas **Error! Bookmark not defined.** a 18.

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**
P.O. 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) 433-6692

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

<u>Fideicomisarios sindicales</u>	<u>Fideicomisarios empleadores</u>
Michael Patterson, Chairperson Business Manager Heat and Frost Insulators and Allied Workers Local 5 3833 Ebony Street Ontario, CA 91761	Patrice Reynolds, Co-Chair Farwest Insulation Contracting 1220 S Sherman St Anaheim, CA 92805
Daniel Haguewood, Business Manager H.F.I.A.W. Local 135 4316 E. Alexander Road Las Vegas, NV 89115	Craig Skeie Irex Corporation 11807 East Smith Avenue Santa Fe Springs, CA 90670
Eddy Pena Heat and Frost Insulators and Allied Workers Local 5 3833 Ebony Street Ontario, CA 91761	Michael Curtin General Manager Performance Contracting, Inc. 1822 Main St, Ste A San Diego, CA 92113
Fredi Flores (Sustituto) Heat and Frost Insulators and Allied Workers Local 5 3833 Ebony Street Ontario, CA 91761	Ernie Martinez (Sustituto) 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. Este número del Plan es el 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

A copy should be sent to:
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 la *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.

Como se ha comentado anteriormente en este SPD, ciertas clasificaciones también requieren autopagos para la cobertura de los dependientes.

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 empleados de mantenimiento 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) de *Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Trust Fund*.
11. **Identidad de los proveedores de prestaciones.** Las prestaciones del seguro de vida están suscritas por United of Omaha. Las prestaciones de muerte y desmembramiento accidental están suscritas por Mutual of Omaha. Las prestaciones del programa para dejar de fumar las proporciona el Fondo. El programa de visión es administrado por Vision Service Plan. Las prestaciones médicas de prepago las proporciona Kaiser Permanente. Las prestaciones dentales de prepago las proporciona United Concordia. Las prestaciones de examen físico las proporciona WorkCare.

Las condiciones completas de las prestaciones de seguro de vida y muerte y desmembramiento accidental se indican en la póliza de grupo emitida por United of Omaha. Las condiciones completas de las prestaciones de medicina prepagada se indican en el Contrato de Servicio de Kaiser Permanente. Las condiciones completas de las prestaciones dentales de prepago se indican en los Acuerdos de Servicio de DeltaCare USA.

A continuación figuran los nombres y direcciones de todos los proveedores de servicios médicos para el 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 de prepago a los participantes cubiertos por el plan que eligen la cobertura según la opción Kaiser.

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 participantes cubiertos por el plan.

WorkCare

300 S. Harbor Blvd. Suite 600
Anaheim, CA 92805
Proporciona prestaciones de examen físico financiadas por los Empleadores que deben aportar fondos al Plan en nombre de sus empleados elegibles para recibir estas prestaciones.

DeltaCare USA

P.O. Box 1810
Alpharetta, GA 30023
Proporciona prestaciones dentales de prepago a los participantes cubiertos por el plan que eligen la cobertura de la opción DeltaCare USA Dental.

Vision Service Plan

3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670
Administra las prestaciones oftalmológicas autofinanciadas a los participantes cubiertos por el plan.

- 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 2 a 4.
- 14. Circunstancias que dan lugar a la descalificación, inhabilitación o denegación o pérdida de prestaciones.** La pérdida de elegibilidad se describe en las páginas 6 a 7.
- 15. Procedimientos a seguir para presentar una reclamación.** El procedimiento a seguir para presentar una reclamación de prestaciones se describe en las páginas 14 a 18.
- 16. Procedimiento de revisión.** Si su reclamación es denegada total o parcialmente, 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 17 a 20.
- 17. Disponibilidad de documentos y otra información importante.** Como afiliado a Heat and Frost Insulators and Asbestos Workers Health and Welfare Fund, usted tiene ciertos derechos y protección en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los afiliados al 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 5500 Series) y de la descripción resumida del plan actualizada. El administrador puede 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 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 este Resumen de la Descripción del Plan/Documento del Plan para conocer las normas que rigen sus derechos de Cobertura de Continuación COBRA.
 - e. Reducción o eliminación de los períodos de exclusión de la cobertura por enfermedades preexistentes en 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 COBRA, cuando cese su cobertura de continuación 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 el deber 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 discriminarte 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 reconsidera 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 la ayuda del Ministerio de Trabajo de EE.UU., 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 la ley ERISA, deberá ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Oficina de Programas de Prestaciones de Jubilación del Ministerio de Trabajo de EE.UU., que figura en su guía telefónica, o Division of Technical Assistance and Inquiries, EBSA, 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. Notificación de privacidad de la Ley de Seguro Médico y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés)

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 de salud. Se requiere que el Fondo proteja la privacidad de su información de salud personal y establezca una política y un procedimiento formales para mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros 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 usamos y compartimos la información, así 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 mientras:

- Ayudamos a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigimos nuestra organización
- Pagamos sus servicios médicos
- Administramos su plan de atención médica
- Ayudamos en cuestiones de salud y seguridad pública
- Realizamos estudios
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con el médico forense o el director de la funeraria
- Respondemos a las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otros organismos gubernamentales
- Respondemos 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 de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de 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 médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que digamos "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 utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud 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 de salud 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. enviando una carta 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 de salud, 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 decírnos que lo hagamos:

- 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 decírnos 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 de salud 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 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**