

**Employee Painters' Trust
Empleados activos y Jubilados
no elegibles a Medicare**

**DOCUMENTO DEL PLAN
MEDICO Y BIENESTAR**

NOVIEMBRE

2023



844-344-2721

CONTACTOS CLAVE

Si tiene preguntas sobre estos temas...	Aquí tiene a quién dirigirse...
<p>Beneficios médicos de Employee Painters' Trust Prestaciones Elegibilidad para reclamaciones médicas y dentales Continuación de cobertura COBRA Prestaciones por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) Incapacidad semanal</p>	<p>BeneSys, Inc.—Administrador del fideicomiso Reclamaciones, elegibilidad, otros: 206-518-9730 o 844-344-2721 (gratuito) Fax para reclamaciones: 425-251-1976 Página web: www.IUPATWesternBenefits.org Correspondencia y pagos: 5200 Southcenter Blvd., Suite 205, Tukwila, WA 98188 Correspondencia de reclamaciones (excepto recetas o visión): P.O. Box 58830, Tukwila, WA 98138</p>
<p>Aplicación móvil EPT</p>	<p>Vaya a la tienda de Apple o Android y descárgue: Aplicación móvil: IUPATWBenes</p>
<p>Programa de precertificación de tratamientos y manejo de cuidados</p>	<p>Aetna—proveedores de la red Teléfono: 888-632-3862, opción #3 Fax: 888-267-3277 Página web: www.aetna.com/health-care-professionals/precertification.html</p>
<p>Revisión de incapacidades y estupefacientes</p>	<p>Innovative Care Management (ICM) Teléfono: 800-862-3338 (gratuito) Fax: 503-654-8570 Dirección postal: P.O. Box 22386, Portland, OR 97269</p>
<p>Miembros de Kaiser</p>	<p>Kaiser Permanente Servicio al cliente: 800-813-2000 Página web: www.kaiserpermanente.org Correspondencia por correo: Relaciones con los miembros Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St, Suite 100 Portland, OR 97232-2099</p>
<p>PPO Dental</p>	<p>Careington Maximum Care Network Dental Búsqueda de proveedores: 800-290-0523 Página web: www.careington.com/co/maxcare Relaciones con proveedores: 800-441-0380 ext 5202</p>
<p>PPO nacional</p>	<p>Aetna Página web: www.aetna.com Teléfono: 888-632-3862 (gratuito)</p>
<p>Gerente de prestaciones farmacéuticas (“PBM”) Prestaciones del plan de medicamentos recetados Reclamaciones de farmacias minoristas Localización de una farmacia minorista participante</p>	<p>Elixir Teléfono: 800-361-4542 (gratuito) Visite www.elixirsolutions.com para obtener una lista de las farmacias participantes</p>
<p>Medicamentos recetados de especialidad</p>	<p>Archimedes Teléfono: 888-504-5563 (gratuito) memberservices@archimedesrx.com</p>
<p>Uso de la farmacia de venta por correo Reclamaciones de farmacias de venta por correo</p>	<p>Elixir Página web: www.elixirsolutions.com Teléfono: 866-909-5170 (toll-free) Correspondencia: Elixir Solutions, 2181 East Aurora Road, Suite 201, Twinsburg, OH 44087</p>
<p>Plan de visión Las prestaciones y reclamaciones Localizar a un proveedor VSP</p>	<p>Vision Service Providers (VSP) Página web: www.vsp.com Teléfono: 800-877-7195 (gratuito) Correspondencia: P.O. Box 997105, Sacramento, CA 95899</p>
<p>Provider Portal</p>	<p>Página web: www.memberbenefitsonline.com</p>



Si el inglés no es su lengua materna, puede recibir asistencia lingüística gratuita. Llame al número de teléfono que figura en la primera página.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Este Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, ni excluye o trata de forma diferente a las personas.

(Español/Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Por favor, llame al número de la primera página.

(繁體中文/Chinese) 注意: 如果您使用繁体中文, 您可以免费获得语言援助服务。请致电首页上的电话号码。

(한국어/Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 프론트 페이지 상의 전화번호로 전화해 주십시오.

(Deutsch /German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte verwenden Sie die Rufnummer auf der Vorderseite.

(Français/French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro inscrit au recto de la page.

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی (فارسی/Farsi) بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً با شماره روی جلد تماس بگیرید.

(Oroomiffa /Oromo) HUBACHIISA: YOO AFAAN OROMOO DUBBATA TAATE; TAJAAJILLI AFAAN HIIKUU TOLATTI SIIF KENNAMA. MAALOO LAKKOBSA BILBILAA FUULA JALQABAA IRRA JIRU BILBILI

(Srpsko-hrvatski/ Serbo-Croatian) OBAVEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Molimo vas da nazovete broj na prednjoj strani.

(Hmoob/Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Thov hu rau tus npawb xovtooj nyob ntawm thawj nplooj ntawv.

(Polski/Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer podany na pierwszej stronie.

(Tiếng Việt / Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng gọi số điện thoại ở trang trước.

(Русский /Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните по номеру, указанному на главной странице.

انتبه: إذا كنت تتحدث العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. رجاء الاتصال على الرقم الموجود في الصفحة الامامية

(日本語 /Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。表紙に記載された番号まで、お電話にてご連絡ください。

(Tagalog/Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Pakitawagan ang numero sa pambungad na pahina.

(Italiano/Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di contattare il numero indicato sulla prima pagina.

(ខ្មែរ/Cambodian) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទមកកាន់លេខដែលមាននៅលើទំព័រខាងមុខនេះ។

(ภาษาไทย/Thai) เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โปรดโทรศัพท์หาหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏอยู่บนหน้าปก

(ਪੰਜਾਬੀ/Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੁਹਰਲੇ ਸਫੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।



TOME ACCIÓN

Este documento del plan le proporciona información detallada sobre la cobertura de sus prestaciones y le ayuda a tomar decisiones con conocimiento de causa para usted y su familia. Para aprovechar al máximo sus prestaciones:

- Lea este Documento del Plan para comprender la cobertura de sus prestaciones.
- Busque en “PUNTOS CLAVE” y “ACTÚE” la información importante que necesita saber.
- Si tiene preguntas, póngase en contacto con la organización indicada en “Contactos clave”.
- Presente este documento del plan en un lugar seguro para utilizarlo como referencia en el futuro.

Contents

BIENVENIDO	6	PRESTACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)	59
ELEGIBILIDAD	8	INCAPACIDAD SEMANAL (PÉRDIDA DE TIEMPO) PRESTACIONES	61
PROGRAMA POR HORA.....	8	RECLAMACIONES Y APELACIONES	62
PROGRAMA DE TASA FIJA PARA PROPIETARIOS, DIRECTIVOS Y EMPLEADOS DE UNIDADES NO NEGOCIADORAS (ASOCIADOS).....	9	PRESENTAR RECLAMACIONES.....	62
OREGON KAISER HMO PROGRAM.....	10	DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN.....	65
PROGRAMAS DE ALLIED METAL CRAFTS.....	10	SUS DERECHOS CONFORME A HIPAA	69
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN—CONSOLIDACIÓN DE LA LEY DE APROPIACIONES.....	12	NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD.....	69
RECIPROCIDAD.....	12	SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA)	73
RETIRO O FINALIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LA UNIDAD DE NEGOCIACIÓN.....	12	SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLERO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)	74
TRABAJANDO PARA UN EMPLEADOR NO CONTRIBUYENTE.....	13	SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS (ERISA)	75
ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES.....	13	LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)	77
PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA JUBILADOS ...17		NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN SEGÚN LA SECCIÓN 1557 DE LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE (ACA)	78
ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA JUBILADOS.....	17	ADMINISTRACIÓN DEL PLAN	79
COBERTURA DE CONTINUACIÓN	21	ESTIPULACIONES ESTÁNDAR.....	79
EXTENSIÓN DE LAS PRESTACIONES DURANTE LA INCAPACIDAD TOTAL.....	21	COORDINACIÓN DE LAS PRESTACIONES (COB).....	79
LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE CONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA) CONTINUACIÓN DE COBERTURA.....	21	REEMBOLSO A TERCEROS Y/O SUBROGACIÓN.....	81
RESUMEN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS	25	NORMA ANTIFRAUDE.....	83
PROGRAMA DE LICENCIA DE MATERNIDAD PAGADA.....	25	DEFINICIONES/GLOSARIO	84
SINOPSIS DE PRESTACIONES.....	26	INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN	92
RESUMEN DEL PLAN MÉDICO	32	DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN.....	92
COMO SE PAGAN LAS PRESTACIONES.....	32	NOTIFICACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES (NMHPA).....	94
ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO).....	33	FORMULARIOS	95
ESTIPULACIONES DE LA GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	34		
PROGRAMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS.....	36		
PRECERTIFICACIÓN HOSPITALARIA.....	36		
PLAN MÉDICO	38		
SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN MÉDICO.....	38		
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES.....	46		
PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA	49		
PLAN DENTAL	53		
SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS.....	54		
PLAN DE LA VISTA	57		

BIENVENIDO

Bienvenido(a) a su Plan Fiduciario “Employee Painters’ Trust Plan” (“EPT” por sus siglas en inglés o “el Plan”). El Plan pretende proporcionar información detallada sobre los servicios, limitaciones y exclusiones disponibles a través del Plan a partir del 1 de enero de 2023. El empleado Painters’ Trust (el “Fondo”) es un fondo Fiduciario Taft-Hartley. Los fideicomisarios del Employee Painters’ Trust administran el Plan. El Plan explica las prestaciones disponibles para los empleados activos y ciertos asociados, jubilados y sus familias con excelentes prestaciones médicas, de medicamentos recetados, dentales, oftalmológicas, por muerte y desmembramiento accidental y por incapacidad semanal (pérdida de tiempo). Tenga en cuenta que no todos los Empleadores proporcionan todas las prestaciones; las prestaciones específicas a su disposición están determinadas por su acuerdo de negociación colectiva (“CBA” por sus siglas en inglés) o acuerdo especial.

En caso de conflicto con cualquier otra documentación del Plan anterior a este documento, incluidos el Resumen de prestaciones y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), los Resúmenes de Modificaciones Importantes (SMM, por sus siglas en inglés) o las Descripciones resumidas del Plan (SPD, por sus siglas en inglés), el Documento del Plan prevalecerá. Los SMM emitidos después de la fecha del Documento del Plan proporcionan notificación de las Modificaciones del Plan vigentes después de la fecha de vigencia del Plan y deben conservarse junto con su copia del Plan para su consulta. Tenga en cuenta que puede encontrar una copia electrónica del Documento del Plan en el sitio web del Administrador del Fideicomiso sitio web para miembros del EPT en www.ourbenefitoffice.com/IUPAT/Benefits/HealthcareDocuments.aspx.

El Employee Painters’ Trust se complace en poner a su disposición una aplicación móvil para los sistemas operativos IOS y Android. Al descargar la App Móvil dispondrá de una herramienta que le proporcionará información específica sobre su cobertura y prestaciones. Las características principales incluyen prestaciones y cobertura, dependientes cubiertos, tarjetas de identificación, historial laboral, historial de reclamaciones y mucho más. Vaya a la tienda de Apple o Android y descargue la aplicación móvil IUPATWBenes.

ADMINISTRADOR DEL FIDEICOMISO DISPONIBLE PARA ASISTIRLE

Si tiene alguna pregunta sobre sus prestaciones, póngase en contacto con el administrador de Employee Painters’ Trust (el “administrador del fideicomiso”) para obtener ayuda. Tenga en cuenta que sólo el administrador del fideicomiso está autorizado a proporcionar información sobre las prestaciones, la elegibilidad y otras estipulaciones del Plan. Los empleadores participantes, las asociaciones de empleadores, las organizaciones sindicales o cualquier persona empleada por éstos no están autorizados a proporcionar esta información.

Aunque el administrador fiduciario responderá a sus preguntas lo mejor que pueda cuando llame, la elegibilidad real para las prestaciones y el pago de las mismas sólo se determinará cuando se presente una reclamación al administrador fiduciario.

Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este libro para comprender su cobertura y aprovechar al máximo las prestaciones del Plan. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este libro para comprender su cobertura y aprovechar al máximo las prestaciones del Employee Painters’ Trust Plan.

NOTIFICACIONES IMPORTANTES

Proveedores preferidos. Cuando usted utiliza un hospital, médico o dentista de un proveedor preferido, se reducen los costos para el Employee Painters’ Trust. Esto también reduce sus costos de desembolso directo. El Employee Painters’ Trust le recomienda encarecidamente que utilice los servicios de un proveedor preferido siempre que sea posible. Si necesita ayuda para localizar un proveedor preferido, póngase en contacto con el Administrador del Fideicomiso o con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Consulte Contactos Clave para obtener información de contacto.

Notificación de protección al paciente. Por lo general, el Plan permite la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso o la PPO. (Consulte Contactos Clave para obtener información de contacto)

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa del Plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional sanitario de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional sanitario deba cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir los procedimientos para realizar referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso o con la PPO. Consulte Contactos Clave para obtener información de contacto.

El tratamiento de revisión de la utilización y el manejo de la atención para servicios de hospitalización y ambulatorios brindan apoyo para que el paciente pueda recibir la atención necesaria y adecuada, evitando al mismo tiempo gastos innecesarios. Para beneficiarse de estos programas, debe recibir una precertificación de Aetna antes de recibir servicios médicos o quirúrgicos. (Consulte Contactos Clave para obtener información de contacto).

Reserva de la discrecionalidad de la Mesa Directiva. La Mesa Directiva del Fideicomiso (la “Mesa”) se reserva la máxima autoridad legal discrecional para interpretar y aplicar los términos, normas y estipulaciones del Plan cubiertos en el Documento del Plan. La Mesa Directiva conserva toda la autoridad discrecional para tomar decisiones sobre asuntos relacionados con la elegibilidad para recibir prestaciones, sobre asuntos relacionados con qué servicios, suministros servicios, suministros, cuidados, terapias con medicamentos y tratamientos son experimentales y sobre asuntos que atañen a los derechos de los participantes. Las decisiones de los liquidadores de siniestros, del administrador y de la Mesa Directiva sobre los hechos relacionados con cualquier reclamación de prestaciones y el significado y la intención de cualquier estipulación del Plan, o la aplicación de las mismas a cualquier reclamación de prestaciones, recibirán la máxima deferencia prevista por la ley y serán definitivas y vinculantes para todas las partes interesadas.

Modificación y terminación del Plan de prestaciones. La Mesa Directiva espera mantener el Plan indefinidamente. Sin embargo, la Mesa Directiva puede, a su entera discreción, en cualquier momento, enmendar, suspender o terminar el Plan, total o parcialmente. Esto incluye la modificación de las prestaciones cubiertas por el Plan, el Acuerdo Fiduciario que lo rige y las normas de administración. Si se termina el Plan, los derechos de los participantes se limitan a las prestaciones acumuladas antes de la terminación. Todas las modificaciones del Plan entrarán en vigor a partir de la fecha de vigencia establecida por la Mesa Directiva. Si la Mesa Directiva no especifica ninguna fecha de vigencia para la adopción de una enmienda, ésta entrará en vigor el primer día del año del plan siguiente al año del plan en el que se adoptó la enmienda.

No discriminación. El Plan cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

ELEGIBILIDAD

El Plan proporciona prestaciones a los jubilados y a los empleados de la unidad de negociación de los empleadores cotizantes según ciertos programas de elegibilidad y cobertura que se describen más adelante en el Plan. Además, ciertos grupos de empleados pueden estar sujetos a un programa diferente de elegibilidad y cobertura según se establezca durante la negociación colectiva (por ejemplo, los empleados sujetos a la cobertura del programa Kaiser de Oregon o a la cobertura del programa Allied Metal Crafts). Existen programas separados de cobertura y elegibilidad para los empleados en activo de los Empleadores cotizantes, los empleados de unidades no negociadoras de los Empleadores cotizantes (también llamados Asociados), ciertos empleados afiliados al sindicato y los jubilados, tal y como se describe más adelante en el Plan.

Los empleadores contribuyentes pagan un índice de cotización para la cobertura de las prestaciones de sus empleados, tal y como se describe en el acuerdo de negociación colectiva (“CBA”) o en el convenio especial aplicable. Su elegibilidad está determinada por el programa de cobertura al que pertenece su Empleador para aportar estas cotizaciones. Brevemente, los programas de cobertura son:

- Programa por hora
- Programa de tarifa fija para propietarios, directivos y empleados de la unidad de negociación (asociados)
- Programa de Oregon Kaiser HMO
- Programa Allied Metal Crafts

En general, el Plan ofrece prestaciones de salud y bienestar, incluidas las prestaciones médicas, de medicamentos con receta, odontológicas, oftalmológicas, de muerte y desmembramiento accidental y de sustitución semanal del salario por incapacidad (pérdida de tiempo). Algunos grupos también cuentan con una prestación básica de vida. **No todos los Empleadores proporcionan todas las prestaciones disponibles en el Plan.** Póngase en contacto con el Administrador del fideicomiso para saber si es elegible para recibir prestaciones específicas.

Las personas que pertenecen a cada uno de los programas de elegibilidad y cobertura enumerados anteriormente también pueden ser elegibles para la cobertura del Programa de prestaciones para jubilados en el momento de su jubilación.

! PUNTO CLAVE !

Su elegibilidad para el programa de prestaciones por hora, a índice fijo o de otro tipo de prestaciones se basa en las cotizaciones de su Empleador al Fideicomiso. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para saber a qué prestaciones puede ser elegible.

EMPLEADORES CONTRIBUYENTES

El empleado de una unidad de negociación generalmente es elegible para la cobertura del Plan si es empleado de un Empleador aportante o si es elegible para la cobertura de alguna otra manera. Un Empleador cotizante es un Empleador firmante de un acuerdo laboral que exige cotizaciones al Fideicomiso o que, de otro modo, es elegible para participar y suscribe por escrito ser un Empleador participante en el Fideicomiso.

Si está empleado por más de un Empleador Contribuyente, la cantidad de sus prestaciones en virtud del Plan no superará la cantidad por la que habría estado cubierto si hubiera estado empleado por uno solo de dichos Empleadores contribuyentes.

Las prestaciones de los empleados de los Empleadores Contribuyentes que no aporten la totalidad del índice de cotización se reducirán proporcionalmente.

PROGRAMA POR HORA

Las estipulaciones que figuran a continuación indican las normas generales de elegibilidad para los empleados en activo de la unidad de negociación cubiertos por el Programa de Horas. Tenga en cuenta que algunos empleados pueden estar sujetos a normas especiales de cobertura en función de las estipulaciones del acuerdo de negociación colectiva aplicable (en particular, los miembros cubiertos por el Programa Oregon Kaiser HMO y el antiguo Programa de Salud y Seguridad de Allied Metal Crafts). A continuación se describen todas las normas especiales de elegibilidad. Si tiene alguna pregunta sobre las normas de elegibilidad, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso.

Plan por horas de elegibilidad continuada	Método de elegibilidad 1	Método de elegibilidad 2
Sindicato local o región geográfica * Depende del acuerdo de negociación; consulte con la oficina de su Sindicato o llame al administrador del fideicomiso	10, 55, 66, 77, 159*, 188, 260, 300*, 364*, 427, 567, 740, 1094, 1236, 1237 (Eureka Floors), 1238, 1512, 1959, and DC5 East, Western Washington Painters, Oregon Painters, Las Vegas Material Handlers	159*, 300*, 364*, 1959, Western Washington Drywall, Tapers, Stripers, Floor Coverers, Oregon Drywall, Alaska Stripers
Maximum Hours Accumulation Es el número de horas que pueden acumularse una vez deducidas las 125 horas	450 horas (hasta 3 meses adicionales de cobertura)	810 horas (hasta 6 meses adicionales de cobertura)

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE HORAS

En principio, será elegible para las prestaciones el primer día del segundo mes civil siguiente al mes civil en el que acumule 300 horas en 12 meses consecutivos.

Por ejemplo, si trabaja 160 horas en enero y 160 horas en febrero, será elegible para las prestaciones a partir del primero de abril. Marzo es el mes de “desfase”. Todas las horas reportadas en su nombre por los empleadores cotizantes se abonan a su “banco de horas”.

Con el fin de que haya tiempo suficiente para que los informes de los Empleadores sean recibidos y procesados por el Administrador del fideicomiso, se utiliza un mes de desfase para determinar la elegibilidad. Por ejemplo, las horas trabajadas en enero se reportan al fideicomiso en febrero, y luego el administrador del fideicomiso determina la elegibilidad en febrero (mes de retraso) para la cobertura de marzo.

! PUNTO CLAVE !

Los empleados del programa por horas pasan a ser elegibles para las prestaciones dos meses después de trabajar 300 horas en un período de 12 meses consecutivos.

PROGRAMA POR HORA DE ELEGIBILIDAD CONTINUADA

En general, existen dos métodos para determinar la elegibilidad continuada de los participantes en el plan. Su elegibilidad continuada se basa en el índice de cotizaciones que paga su Empleador. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para determinar qué método le es aplicable.

Conforme a ambos métodos de elegibilidad continuada, para seguir siendo un empleado activo elegible después de cumplir con la elegibilidad inicial, continuará siendo elegible siempre y cuando tenga al menos 125 horas en su banco de horas.

El máximo de horas que puede acumular depende de su Sindicato local o de su ubicación, como se indica en la tabla de la página 8.

PROGRAMA POR HORA COBERTURA CONTINUADA

Su cobertura finaliza el último día del mes siguiente al mes en que su acumulación de horas se reduce a menos de 125 horas.

Cuando no sea elegible para las prestaciones, usted y sus dependientes podrán pagar una cobertura médica temporal a través de una ley federal conocida como Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), que se describe más adelante en el Documento del Plan. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener más información.

PROGRAMA POR HORA RESTABLECIMIENTO DE ELEGIBILIDAD

Si su banco de horas no ha quedado inactivo por ser inferior a 125 horas durante 12 meses consecutivos, volverá a ser elegible cuando su banco de horas muestre un mínimo de 125 horas. Dicha reincorporación entrará en vigor el primer día del segundo mes civil siguiente al mes en que se cumpla este requisito.

Si su banco de horas es inferior a 125 horas durante más de 12

meses consecutivos, todas las horas acreditadas revertirán al Fideicomiso y deberá completar de nuevo el requisito de elegibilidad inicial para los nuevos empleados a fin de ser elegible para la cobertura.

Por ejemplo, si su cobertura terminó el 31 de enero con un banco de horas de 90 horas, y luego trabaja al menos 35 horas con un Empleador cotizante en octubre, su elegibilidad se restablecería el primero de diciembre.

PROGRAMA POR HORA SOBRE INCAPACIDAD

Si queda totalmente incapacitado debido a una lesión o enfermedad profesional o no profesional mientras trabajaba para un Empleador cotizante, sus prestaciones y las de sus dependientes elegibles continuarán durante un máximo de tres meses siempre que la incapacidad total comenzará cuando usted era elegible para las prestaciones. Su banco de horas quedará congelado durante ese tiempo. Si después de tres meses sigue estando totalmente incapacitado, las prestaciones continuarán para usted y sus dependientes hasta que se agote su banco de horas.

Si sigue estando totalmente incapacitado después de que se haya agotado su banco de horas agotado, puede optar a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA

Consulte la información bajo los epígrafes “Prórroga de las prestaciones durante una incapacidad total” en la página 19 y Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) Continuación de cobertura en la página 19.

Si se reincorpora al trabajo bajo una restricción de trabajo ligero, ya no será elegible como persona totalmente incapacitada. No obstante, aún puede optar a la continuación de la cobertura conforme a COBRA.

PROGRAMA DE TASA FIJA PARA PROPIETARIOS, DIRECTIVOS Y EMPLEADOS DE UNIDADES NO NEGOCIADORAS (ASOCIADOS)

Para estar cubierto por el Programa de Tasa Fija para Asociados, su empleador debe haber firmado un acuerdo de negociación colectiva que exija cotizaciones al Fideicomiso para los empleados de la unidad de negociación. Todas las cotizaciones del Empleador y del empleado al Programa de Tasa Fija deben remitirse al Administrador del Fideicomiso antes del primer día de cada mes siguiente al mes en que se trabajaron las horas, o en cualquier otro momento y lugar que notifique por escrito el Administrador del Fideicomiso.

Su empleador puede cubrir a los propietarios, funcionarios y otros empleados que no pertenezcan a una unidad de negociación bajo un acuerdo de negociación colectiva que contribuya al Fideicomiso, siempre y cuando el empleador cubra el 100 por ciento de todos esos empleados y acepte por escrito continuar con las prestaciones durante la vigencia del acuerdo de Tasa Fija para Asociados. (El cónyuge de un Empleador cubierto por el Programa de Tasa Fija para Asociados que trabaje para la Empresa es la única excepción a este requisito).

Su empleador sólo puede cubrir a los empleados que trabajan directamente para él según las normas indicadas anteriormente. Una filial no sindicada de un Empleador que cotiza no podrá participar en

el Programa de Tasa Fija para Asociados. Siempre que el empleador cumpla con las normas y procedimientos establecidos por el Fideicomiso, los empleados elegibles podrán incluir a:

- Empleados de oficina
- Empleados de mantenimiento
- Superintendentes
- Empleados de producción e industriales

Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener una descripción completa de Las prestaciones del Programa de Tasa Fija para Asociados y las normas de participación. No todos los Empleadores participantes en el Programa de Tasa Fija proporcionan todas las prestaciones disponibles en el Plan. Póngase en contacto con el Administrador del fideicomiso para verificar la elegibilidad y las prestaciones.

La participación de un Empleador en el Programa de Tasa Fija para Asociados requiere la aprobación de la Mesa Directiva del Fideicomiso. El estado más actualizado de la norma que rige el Programa de Tasa Fija para Empleados No Subordinados (Asociados) se encuentra en las Normas y Procedimientos de Elegibilidad del Plan de Tasa Fija más recientes. La Mesa Directiva se reserva el derecho de modificar las normas de elegibilidad y de terminar el Programa de Tasa Fija para Asociados en cualquier momento.

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE TASA FIJA PARA ASOCIADOS

Por lo general, será elegible el primer día del mes siguiente al mes civil en el que haya trabajado al menos 80 horas en su puesto de trabajo habitual en su lugar de empleo habitual.

Si anteriormente estuvo cubierto como empleado activo elegible, la elegibilidad para el Programa de Tasa Fija para Asociados no se producirá hasta que haya habido dos meses en los que trabajó al menos 80 horas, pero sólo después de un mes en el que no estuvo cubierto como empleado activo elegible.

Seguirá siendo elegible mientras continúe siendo empleado activo y trabaje al menos 80 horas al mes.

! PUNTO CLAVE !

Los empleados del Programa de Tasa Fija para Asociados pasan a ser elegibles para las prestaciones después de trabajar 80 horas en un mes civil.

PROGRAMA DE TASA FIJA PARA ASOCIADOS – CUANDO FINALICE LA COBERTUR

Su cobertura y la de sus dependientes finaliza:

- El día en que termina el Plan;
- El primer día del mes en que no se reciban cotizaciones del Empleador; o bien
- El día antes de ingresar en las Fuerzas Armadas en “servicio activo” (salvo en el caso de servicio activo temporal de dos

semanas o menos) o el día en que deje de ser elegible para el Plan.

Si es elegible debido a su empleo, dejará de ser elegible cuando:

- Renuncie o se jubile, pero la cobertura continuará hasta el último día del mes en que renuncie o se jubile;
- Recurre a un permiso de excedencia o huelga;
- Es despedido, incapacitado, suspendido, cesado, bloqueado o no trabaja debido a un paro laboral;
- Deja de pertenecer a una categoría elegible; o
- No cumple los requisitos de horas trabajadas o cualquier otra condición de elegibilidad del Plan..

OREGON KAISER HMO PROGRAM

El Fideicomiso celebra contratos anuales con Kaiser. Las primas de Kaiser están sujetas a cambios y la cobertura está sujeta a la norma de Kaiser vigente en el momento de la prestación del servicio. Póngase en contacto con su oficina de Kaiser Health para informarse sobre las prestaciones y la elegibilidad. La información que figura a continuación está controlada por el Plan.

PROGRAMA OREGON KAISER HMO ELEGIBILIDAD CONTINUADA

Hay un plan Kaiser de elegibilidad continuada en uso por los miembros bajo el Fideicomiso. Su elegibilidad continuada se basa en el índice de cotizaciones que paga su Empleador. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para determinar qué plan le corresponde.

Según el plan de elegibilidad de Oregon Glaziers, para seguir siendo un empleado activo elegible, continuará siendo elegible mientras tenga al menos 125 horas en su banco de horas. El máximo de horas que puede acumular es de 450.

PROGRAMAS DE ALLIED METAL CRAFTS

El Fideicomiso mantiene la cobertura para las personas cubiertas por el antiguo Plan Médico y de Seguridad de Allied Metal Crafts (Sheet Metal Workers Local Union 55, Sheet Metal Workers Local Union 66, y Paint Makers Local Union 1094).

Los empleados acogidos al programa de Tasa Fija de Allied Metal Crafts deben trabajar al menos 80 horas durante un mes de cobertura tras la elegibilidad inicial. El número mínimo de horas para un mes de cobertura en el marco del Programa de Tasa Fija de Allied Metal Crafts puede ser superior a 80 horas mensuales para algunos Empleadores de conformidad con su acuerdo.

Los empleados del Programa de Trabajadores Residenciales del Metal de Allied Metal Crafts disponen de un banco de dólares con una cantidad “de reserva” para un mes de cobertura tras la elegibilidad inicial. A partir del 1 de julio de 2023, la cantidad “back-out” es de \$799 por un mes de cobertura con una acumulación máxima en el banco de dólares de \$2,446. **Los índices están sujetos a cambios anuales.**

NORMAS ESPECIALES DE ELEGIBILIDAD – PLAN DE TASA FIJA PARA ALLIED METAL CRAFTS

Para los trabajadores de Allied Metal Crafts sujetos al Plan de Tasa Fija de Allied Metal Crafts, inicialmente será elegible para las prestaciones el primer día del segundo mes civil siguiente al mes civil en el que acumule al menos 80 horas en cada uno de los dos meses consecutivos durante un periodo de 12 meses.

Por ejemplo, si el acuerdo de su Empleador exige 80 horas para un mes de cobertura y usted trabaja 80 horas en enero y 80 horas en febrero, será elegible para las prestaciones a partir del primero de abril. Marzo es el mes de “desfase”.

Para que haya tiempo suficiente para que los informes del Empleador sean recibidos y procesados por el Administrador del fideicomiso se utiliza un mes de desfase a la hora de determinar la elegibilidad. Por ejemplo, las horas trabajadas en enero se reportan al fideicomiso en febrero, y entonces el administrador del fideicomiso determina la elegibilidad en febrero (mes de desfase) para la cobertura de marzo.

NORMAS ESPECIALES PARA EL PLAN DE TASA FIJA DE ALLIED METAL CRAFTS CON COBERTURA CONTINUA

Para los trabajadores de Allied Metal Crafts sujetos al Plan de Tasa Fija de Allied Metal Crafts, su cobertura finaliza el último día del mes siguiente a cualquier mes en el que no haya acumulado al menos 80 horas.

Cuando no sea elegible para las prestaciones, usted y sus dependientes podrán pagar una cobertura médica temporal a través de una ley federal conocida como Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA). Para más información, póngase en contacto con el Administrador del fideicomiso.

NORMAS ESPECIALES PARA EL RESTABLECIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD – PLAN DE TASA FIJA DE ALLIED METAL CRAFTS

Para los trabajadores de Allied Metal Crafts sujetos al Plan de Tasa Fija de Allied Metal Crafts, una vez cumplida la elegibilidad inicial, si ha tenido un mes de cobertura dentro de los últimos 12 meses consecutivos, se le restablecerá la elegibilidad cuando trabaje un número de horas suficiente (al menos 80) para otro mes de cobertura dentro de ese periodo de 12 meses. Dicha reincorporación entrará en vigor el primer día del segundo mes civil siguiente al mes en el que se cumpla este requisito.

Si no trabaja suficientes horas para otro mes de cobertura durante más de 12 meses consecutivos, todas las horas acreditadas revertirán al Fideicomiso y deberá completar de nuevo el requisito de elegibilidad inicial para los nuevos empleados a fin de ser elegible para la cobertura.

Por ejemplo, si su cobertura finalizó el 31 de enero y después trabaja al menos 80 horas con un empleador cotizante en octubre, su elegibilidad se restablecerá el primero de diciembre.

ALLIED METAL CRAFTS RESIDENTIAL METAL WORKERS PROGRAM ELIGIBILITY

Por lo general, salvo que fuera elegible para la cobertura a partir de la fecha de vigencia de la fusión entre el antiguo Plan de Salud y Seguridad de Allied Metal Crafts y el Plan, debe cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales para el Programa para Trabajadores Residenciales del Metal de Allied Metal Crafts. Su Empleador aporta cotizaciones basadas en el número de horas que trabaja. Pasará a ser elegible inicialmente para las prestaciones el primer día del segundo mes civil siguiente al mes civil en el que acumule la cantidad “de reserva” actual para un mes de elegibilidad (\$799 a partir del 1 de julio de 2023). Al índice actual, necesitaría trabajar 145.27 horas para un mes de cobertura.

NORMAS ESPECIALES PARA LA COBERTURA CONTINUA— TRABAJADORES RESIDENCIALES DEL METAL DE ALLIED METAL CRAFTS

Para los trabajadores residenciales del metal de Allied Metal Crafts, su cobertura finaliza el último día del mes siguiente al mes en que su banco de dólares cae por debajo del umbral de elegibilidad (\$799 a partir del 1 de julio de 2023).

Cuando no sea elegible para las prestaciones, usted y sus dependientes podrán pagar una cobertura médica temporal a través de una ley federal conocida como COBRA. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener más información.

NORMAS ESPECIALES PARA EL RESTABLECIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD — TRABAJADORES RESIDENCIALES DEL METAL DE ALLIED METAL CRAFTS

Para los trabajadores residenciales del metal de Allied Metal Crafts que tengan una interrupción en la cobertura, si su banco de dólares cae por debajo del umbral de elegibilidad durante un máximo de 12 meses consecutivos, se le restablecerá la elegibilidad cuando su banco de dólares suba por encima del umbral de elegibilidad. Dicha reincorporación entrará en vigor el primer día del segundo mes civil siguiente al mes en que se cumpla este requisito.

Si su banco de dólares se encuentra por debajo del umbral de elegibilidad durante más de 12 meses consecutivos, todos los dólares acumulados revertirán al Fideicomiso y deberá completar el requisito de elegibilidad inicial para el Programa para ser elegible para la cobertura.

Por ejemplo, si su cobertura terminó el 31 de agosto de 2023, con \$450 acumulados, y luego usted trabaja el equivalente por hora de \$349 con un Empleador cotizante en octubre de 2023, su elegibilidad se restablecerá el 1 de diciembre de 2023.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN— CONSOLIDACIÓN DE LA LEY DE APROPIACIONES

Si usted ya está recibiendo tratamiento para una enfermedad grave y compleja, está embarazada recibiendo atención hospitalaria, padece una enfermedad terminal o tiene programada una intervención quirúrgica no electiva por parte de un proveedor de la red, y su proveedor individual abandona la red del Plan, éste continuará cubriendo y tramitando sus reclamaciones como si se tratara de reclamaciones dentro de la red durante un periodo de noventa (90) días a partir de la notificación de retirada del proveedor de la red del Plan.

RECIPROCIDAD

Para que los empleados de la unidad de negociación puedan seguir siendo elegibles cuando trabajan fuera de la jurisdicción del Plan, la Mesa Directiva ha ingresado acuerdos de reciprocidad con algunos otros fondos de salud y bienestar. En virtud de estos acuerdos, si trabaja temporalmente en la jurisdicción de otro Sindicato local cuyo Fondo de salud y bienestar (“Fondo recíproco”) es signatario de un acuerdo recíproco con el Plan, las cotizaciones realizadas en su nombre al Fondo recíproco pueden transferirse al Plan para permitirle mantener su elegibilidad en virtud del Plan. En tal caso, el Plan sería designado como su Fondo de origen.

Si usted es un empleado de otro Sindicato local que trabaja temporalmente en la jurisdicción del Plan y su Fondo de origen es signatario de un acuerdo recíproco con el Plan, puede hacer que sus cotizaciones de salud y bienestar se envíen a su Fondo de origen para mantener la elegibilidad en su Fondo de origen. La reciprocidad no es automática. Debe autorizar que se aporten al Plan las cotizaciones de salud y bienestar efectuadas por un Empleador en su nombre. Esta autorización debe constar por escrito en un formulario aprobado por la Mesa Directiva. Estos formularios se pueden solicitar al Administrador del fideicomiso. Para saber qué otros Fondos son signatarios de un acuerdo de reciprocidad con el Plan, póngase en contacto con el Administrador del Fideicomiso.

Si desea participar en la reciprocidad, debe designar como su Fondo de origen un fondo con un acuerdo de reciprocidad con el Plan que se ajuste a una de las siguientes definiciones. Si no puede cumplir las condiciones estipuladas en cualquiera de estas dos definiciones, no será elegible para participar en la reciprocidad.

1. Su Fondo de origen será el Fondo que cubra el Sindicato local al que pertenece, siempre que haya sido elegible para las prestaciones de ese Fondo durante un periodo continuo no inferior a un año antes de su solicitud por escrito de participar en la reciprocidad; o bien
2. Su Fondo de origen es el fondo bajo el cual tiene derecho actualmente a las prestaciones de salud y bienestar, siempre que indique su intención de volver a trabajar bajo la jurisdicción del Sindicato local al que pertenece, en cuanto haya trabajo disponible en el mismo.

Si ya ha establecido su elegibilidad en el Plan, no podrá designar otro fondo como su fondo de origen. Si tiene alguna pregunta sobre la reciprocidad, póngase en contacto con el administrador fiduciario.

Si el Plan es su Fondo de origen y usted trabaja fuera de la jurisdicción del Plan, pero en la jurisdicción de un Fondo recíproco y para un empleador obligado a realizar aportes en su nombre al Fondo recíproco, y ha ejecutado la autorización para que los aportes se transfieran al Plan, pero la tasa de aportes por hora en el Fondo recíproco es inferior a la tasa de aportes vigente en ese momento para el Plan, se le podrá exigir, a criterio de la Mesa del Plan, que realice el pago de la diferencia en la tasa de cotización por hora (o equivalente) por cada hora de trabajo cubierto que realice. Si se le exige el pago de esta diferencia de cotización pero no lo hace, puede perder la elegibilidad en el Plan para usted y sus dependientes que reúnan los requisitos.

RETIRO O FINALIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LA UNIDAD DE NEGOCIACIÓN

La elegibilidad para los beneficios cubiertos está disponible sólo para aquellos empleados que continúen trabajando para un empleador o empleadores que mantengan un acuerdo laboral que requiera el pago de cotizaciones al Fideicomiso.

La elegibilidad continuada de un participante bajo el sistema de elegibilidad de banco de horas puede perderse si:

- Su empleador ya no mantiene un acuerdo laboral que exija contribuciones al Fideicomiso o
- Su unidad de negociación sindical local retira la participación en el Fideicomiso.

Tenga en cuenta que la capacidad de su empleador para contribuir al Fideicomiso se basa en que tenga un acuerdo de negociación colectiva vigente, esté al día en los requisitos de contribución y sea aceptado como empleador contribuyente por la Mesa. La Mesa se reserva el derecho de revocar la participación de cualquier empleador moroso para garantizar la integridad y la estabilidad financiera del Fideicomiso. En caso de que la Junta revoque el estatus de su empleador, su elegibilidad puede estar sujeta a las siguientes disposiciones para un “Empleador no participante.”

En el caso de que un afiliado trabaje para un empleador que se haya retrasado en el pago de las cotizaciones al Fideicomiso, el Fideicomiso permitirá que el afiliado siga teniendo derecho a la cobertura durante un único período de un mes mediante la presentación de un recibo de sueldo u otra prueba que demuestre la obligación del empleador de pagar las cotizaciones en nombre del afiliado. Sin embargo, este crédito del talón de pago no se aplicará hasta que el banco de horas o de dólares del afiliado se haya agotado hasta el punto de que el afiliado ya no pueda optar a la cobertura continua como afiliado activo. Un afiliado no podrá recibir el crédito del talón de pago más de una vez por haber trabajado para un mismo empleador cotizante. El crédito del talón de pago no se aplica a los afiliados cubiertos por un acuerdo de participación a índice fijo o sin unidad de negociación.

TRABAJANDO PARA UN EMPLEADOR NO CONTRIBUYENTE

ELEGIBILIDAD CONGELADA

Sujeto a la excepción limitada para la elegibilidad del talón de pago mencionada anteriormente, a un afiliado que de otro modo tendría derecho a las prestaciones pero que trabaja en un servicio no cubierto (definido a continuación) se le suspenderá su elegibilidad sujeto a las siguientes reglas:

- Se suspenderá y congelará el derecho a las prestaciones de todo afiliado elegible que trabaje en un servicio no cubierto a partir del primer día del mes de elegibilidad siguiente a la notificación o información al Fideicomiso de que el afiliado está empleado en dicho servicio no cubierto.
- Dicha elegibilidad y cualquier reserva de banco de horas permanecerán congeladas hasta el segundo mes calendario después de que él o ella vuelva a emplearse en un trabajo descrito y cubierto por un convenio colectivo que requiera contribuciones al Fideicomiso.
- Para restablecer la elegibilidad congelada y las reservas del banco de horas, el afiliado deberá ganar al menos la cantidad de horas cubiertas requeridas por el Plan para mantener la elegibilidad continua.
- Mientras la elegibilidad y las reservas del banco de horas de un afiliado estén congeladas, no se pagarán prestaciones ni reclamaciones con respecto a ningún gasto en que haya incurrido el afiliado o sus familiares a cargo durante el período en que la cobertura esté congelada.
- A menos que el afiliado restablezca su afiliación según lo descrito anteriormente, el banco de horas del afiliado permanecerá congelado durante un periodo de 12 meses consecutivos. En ese momento, la cuenta y cualquier reserva de horas se cerrarán y el saldo de la cuenta se considerará renunciado y perdido por el participante.
- La aplicación de esta norma no tendrá ningún efecto sobre los derechos COBRA del afiliado o beneficiario.
- “Servicio no cubierto” es todo trabajo descrito y cubierto por un convenio colectivo de trabajo del que sea parte el Sindicato Internacional de Painters and Allied Trades (“IUPAT”) o sus sindicatos locales afiliados dentro del área geográfica cubierta por el Fideicomiso, pero por el cual no se pagan aportes patronales al Fideicomiso.

ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES

Cuando reúna los requisitos para beneficiarse de las prestaciones del Plan, sus dependientes también podrán optar a la cobertura. El Plan cubre a los siguientes dependientes:

- Su cónyuge legítimo (tal y como se define en la legislación federal; el Plan no cubre a las parejas domésticas);

- En el caso de los jubilados, su cónyuge legítimo en el momento de su jubilación, con el que haya estado casado durante 12 meses o más;
- Su hijo natural o legalmente adoptado hasta los 26 años;
- Su hijastro hasta los 26 años;
- Un hijo de acogida hasta los 26 años;
- Un hijo de tutela según una orden del tribunal de lo familiar u otra orden judicial; o
- Su hijo discapacitado mental o físicamente, de al menos 26 años de edad, que no sea capaz de mantener un empleo autónomo y dependa principalmente de usted para su manutención (póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener una solicitud).

! PUNTO CLAVE !

Por lo general, sus dependientes pasan a tener derecho a las prestaciones cuando usted pasa a tener derecho a las mismas. Para añadir a un dependiente, debe proporcionar al administrador del fideicomiso una copia de los documentos requeridos, como el certificado de nacimiento, la tarjeta del Seguro Social, el certificado de matrimonio, la sentencia de divorcio, el plan de paternidad, los documentos de adopción y cualquier otra documentación legal o prueba que el fideicomiso pueda requerir razonablemente para determinar o verificar la elegibilidad.

HIJO ADOPTADO

Un hijo menor de edad, hasta los 26 años, entregado en adopción a usted estará cubierto desde el primer día en que el niño quede bajo su custodia. La cobertura del menor continuará hasta la fecha más temprana de:

- El día en que el menor sea retirado de su custodia antes de la adopción legal; o
- El día en que, de lo contrario, finalizarían los beneficios de acuerdo con las disposiciones del Plan.

HIJO DE ACOGIDA

Un niño acogido es un niño que usted cría como si fuera suyo, que vive en su casa, depende principalmente de usted para su manutención y sobre el que usted ha asumido la responsabilidad y el control parentales plenos.

Un niño acogido no es un niño que viva temporalmente en su casa, que haya sido colocado con usted en su casa por una agencia de servicios sociales que conserve el control del niño, ni un niño cuyo progenitor natural esté en condiciones de ejercer o compartir la responsabilidad y el control parentales.

OTRA COBERTURA DE HIJOS DEPENDIENTES

La cobertura de otros hijos dependientes incluirá las órdenes judiciales de custodia, otras órdenes judiciales de custodia,

manutención u otro tipo de tutela en las que el afiliado o su cónyuge tengan la responsabilidad o el deber de proporcionar dicha cobertura.

DISABLED CHILD

La cobertura de un hijo discapacitado mental o físicamente que alcance la edad límite mientras esté cubierto por el Plan podrá continuar si tal hijo:

- Depende principalmente de usted para su manutención; y
- No es capaz, debido a una deficiencia física o a una discapacidad del desarrollo, de mantener un empleo autónomo.

La cobertura continuará únicamente si usted presenta una prueba de la discapacidad del hijo y una prueba de su manutención económica a más tardar 30 días después de que el hijo alcance la edad límite y, posteriormente, según lo requiera el fideicomiso, pero no más de una vez cada dos años.

DEPENDIENTES NO ELEGIBLES

Los siguientes no son elegibles para la cobertura de dependientes:

- Su cónyuge divorciado o separado legalmente;
- Un hijo que haya sido adoptado legalmente por otra persona (la cobertura finaliza en la fecha en que los padres adoptivos asumen la custodia);
- Un hijo que haya alcanzado la edad límite, que es el 26 cumpleaños del hijo; y
- Un ex hijastro, lo que significa que su relación familiar con el hijastro ha finalizado por divorcio del progenitor del hijastro.

CUANDO LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES COMIENZA

Por lo general, la cobertura de los dependientes comenzará el último de los siguientes días:

- El día en que esté cubierto; o
- El día en que adquiera por primera vez un dependiente con derecho a cobertura.

Tenga en cuenta que deberá presentar toda la documentación necesaria para añadir nuevos dependientes, como las copias de las actas de matrimonio certificadas y las actas de nacimiento. Si no facilita esta documentación en un plazo de 30 días, el Plan retrasará el pago de las solicitudes de reembolso de su(s) dependiente(s).

Una vez que tenga cubierto a un dependiente, cualquier nuevo dependiente admisible que adquiera quedará cubierto automáticamente con la documentación requerida.

Cualquier dependiente que se añada después de los 30 días iniciales comenzará la cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la recepción del formulario de inscripción cumplimentado y de toda la documentación necesaria para inscribir al dependiente en su cobertura.

Los recién nacidos constituyen una excepción. Su hijo recién nacido, nacido mientras usted está cubierto por el Plan, quedará cubierto automáticamente; pero la cobertura más allá de los 60 días para un

hijo recién nacido sólo continuará si se ha proporcionado la documentación adecuada al Administrador del Fideicomiso. Si no se presenta a tiempo la información suficiente durante este periodo de gracia de 60 días, el Plan suspenderá el pago de las reclamaciones hasta que se reciba la información suficiente. Si no se recibe información suficiente transcurrido más de 1 año desde la presentación inicial de las reclamaciones (36 meses en el caso de las reclamaciones relacionadas con Medicaid), las reclamaciones serán denegadas administrativamente por falta de elegibilidad del dependiente.

CUANDO LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES FINALIZA

La cobertura de un dependiente finalizará a medianoche de la primera de las siguientes fechas:

- El último día del mes del Plan en el que el dependiente deje de reunir los requisitos;
- El último día del mes del Plan en el que el dependiente se dé de baja voluntariamente de la cobertura del Plan;
- El día en que finalice el Plan;
- El día anterior a que el dependiente ingrese en las Fuerzas Armadas en servicio activo (excepto en caso de servicio activo temporal de dos semanas o menos); o
- El día en que finalice su cobertura.

Tenga en cuenta que un hijo dependiente inscrito no puede ser dado de baja de la cobertura del Plan hasta que cumpla 26 años o hasta que se aporte a los Administradores del Fideicomiso una prueba de que dispone de otra cobertura que cumpla los requisitos, o bien hasta que el hijo dependiente se dé de baja voluntariamente de la cobertura del Plan.

CANCELACIÓN VOLUNTARIA DE LA COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES

Un dependiente inscrito en el Plan podrá ser dado de baja de la cobertura del Plan si se presenta una solicitud a los Administradores del Fideicomiso para su aprobación en las siguientes circunstancias:

- En el caso de un cónyuge, si el afiliado y su cónyuge dependiente presentan una solicitud notarial de cancelación y el motivo de la misma.
- En el caso de un hijo que haya alcanzado la mayoría de edad en el estado de residencia del hijo, si éste presenta una solicitud de expulsión notariada.
- En el caso de un niño que no haya alcanzado la mayoría de edad en el estado de residencia del niño, si proporciona una declaración por escrito de que ha determinado que existe una cobertura alternativa más favorable de otro plan, seguro médico colectivo o programa público sólo si ese niño no está cubierto por el Plan.

La fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente a la fecha en que el administrador fiduciario apruebe la solicitud.

Si un dependiente se cancela en virtud de esta protección, sólo podrá recuperar la cobertura en virtud de la afiliación aplicable si lo solicita el afiliado en un plazo de 60 días desde que el dependiente haya perdido otra cobertura de seguro médico. Asimismo, el afiliado debe proporcionar el consentimiento por escrito del dependiente para el restablecimiento de la cobertura y demostrar la elegibilidad del cónyuge o hijo como dependiente elegible en virtud del Plan.

Usted y sus dependientes deben saber que pueden producirse consecuencias fiscales adversas en virtud de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible si usted y sus dependientes no mantienen una cobertura mínima esencial que cumpla los requisitos. Debe consultar a su asesor fiscal o abogado para obtener el asesoramiento adecuado antes de optar por darse de baja voluntariamente de la cobertura del Plan.

ORDEN DE ASISTENCIA MÉDICA INFANTIL CALIFICADA

Si su hijo elegible no está cubierto porque usted no lo inscribió para la cobertura de dependientes, dicho hijo podrá ser inscrito después de que el Fideicomiso:

- Reciba una orden definitiva de asistencia médica infantil del menor que exija la inscripción; y
- Determinar que la orden cumple los requisitos.

Cuando el Fideicomiso reciba una orden de asistencia médica infantil propuesta o definitiva, le notificará a usted y a cada uno de los hijos nombrados en la orden, en los domicilios indicados en la orden, que la orden ha sido recibida. A continuación, el Fideicomiso revisará la orden para decidir si cumple con la definición de orden de asistencia médica infantil calificada (“QMCSO”, por sus siglas en inglés).

- Dentro de los 30 días posteriores a que el Fideicomiso reciba la orden (o dentro de un plazo razonable a partir de entonces), el Fideicomiso entregará una notificación por escrito de su decisión a usted y a cada hijo nombrado en la orden.
- El Fideicomiso también enviará notificaciones a cada abogado u otro representante que pueda ser nombrado en la orden o en otra correspondencia presentada ante el Fideicomiso.
- Si el Fideicomiso decide que la orden no está calificada, el aviso proporcionará las razones específicas de la decisión y la oportunidad de corregir la orden o apelar la decisión poniéndose en contacto con el Fideicomiso dentro de los 30 días.
- Si el Fideicomiso decide que la orden reúne los requisitos, el aviso proporcionará instrucciones para inscribir a cada hijo nombrado en la orden, y las disposiciones del Plan que se aplican para otros dependientes elegibles (como las excepciones para cuando comienza la cobertura de dependientes y las reglas para determinar cuando termina la cobertura de dependientes) también se aplicarán para cada hijo nombrado en la orden.

El Fideicomiso debe recibir una copia certificada de la totalidad de la Orden de asistencia médica infantil calificada (“QMCSO”) antes de que pueda producirse la afiliación.

Como parte de la autoridad del Fideicomiso para interpretar el Plan, el Fideicomiso tiene la facultad discrecional y la autoridad final para decidir si una orden cumple o no con la definición de Orden de asistencia médica infantil calificada (“QMCSO”) y requiere la inscripción de su hijo como dependiente elegible. La decisión razonable del Fideicomiso será vinculante y concluyente para todas las personas.

Si, como resultado de una orden, se pagan prestaciones para reembolsar los gastos médicos pagados por un hijo o por el progenitor o tutor legal del hijo, estas prestaciones se pagarán al hijo o al progenitor o tutor legal del hijo.

El Plan tratará a cada hijo afiliado debido a una Orden de asistencia médica infantil calificada (“QMCSO”) como un afiliado a efectos de los requisitos de información y divulgación de una ley federal conocida como Employee Retirement Income Security Act of 1974 (“ERISA”, por sus siglas en inglés), en su versión modificada.

Una Orden de asistencia médica infantil calificada (“QMCSO”) se define en la Sección 609 de ERISA. En general, una orden de manutención infantil médica cualificada (“QMCSO”) significa cualquier sentencia, decreto u orden (incluida la aprobación de un acuerdo de conciliación) emitida por un tribunal de jurisdicción competente, que:

- Se refiere a las prestaciones médicas del Plan y prevé la manutención de su hijo o la cobertura de las prestaciones sanitarias en virtud de una ley estatal de relaciones domésticas (incluida una ley de bienes gananciales) o aplica una ley relativa a la manutención médica de los hijos descrita en el artículo 1908 de la Ley de Seguro Social;
- Crea o reconoce la existencia del derecho de su hijo a ser inscrito y recibir prestaciones médicas en virtud del Plan;
- Indica el nombre y la última dirección postal conocida (en su caso) de usted y de cada uno de los hijos cubiertos por la orden;
- Describe razonablemente el tipo de seguro médico que el Plan proporcionará a cada hijo, o la forma en que se determinará este tipo de seguro;
- Indica el periodo al que se aplica la orden;
- Indica cada Plan al que se aplica la orden; y
- No requiere que el Plan proporcione ningún tipo o forma de prestación ni ninguna opción que el Plan no proporcione de otro modo, excepto en la medida necesaria para cumplir los requisitos de la Sección 1908 del Seguro Social para las órdenes de manutención médica de los hijos.

SU OBLIGACIÓN DE NOTIFICAR AL PLAN LOS CAMBIOS EN LA SITUACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

Deberá notificar por escrito al administrador fiduciario si se produce un cambio en la situación de admisibilidad de cualquiera de sus dependientes en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se produzca dicho cambio. Ciertos eventos, denominados

eventos calificativos, pueden desencadenar un cambio en el estado de elegibilidad de sus dependientes. Deberá informar al Plan de los siguientes eventos calificativos:

- Divorcio o separación legal de su cónyuge. Incluya una copia completa de la sentencia de divorcio o de la orden de separación legal que lleve el sello de archivo del tribunal;
- Un hijo pierde la condición de dependiente, por ejemplo, porque el hijo entró en el servicio militar activo, divorcio o separación legal del progenitor legal del hijo si usted no es también el progenitor legal del hijo y el hijo no sigue teniendo derecho a la cobertura según lo establecido anteriormente, adopción de su hijo por otra persona o finalización de su patria potestad.
- Un cambio en la orden judicial o en la obligación de proporcionar cobertura..

El hecho de no mantener informado al Plan sobre la situación de sus dependientes constituye una infracción de las normas del Plan, puede constituir un fraude a la asistencia sanitaria o al seguro y puede dar lugar a acciones legales para recuperar cualquier prestación indebidamente abonada por parte de sus dependientes no elegibles debido a su falta de notificación oportuna al Plan.

El Plan puede, de vez en cuando, realizar auditorías de verificación de dependientes para asegurarse de que sus dependientes inscritos reúnen los requisitos para la cobertura del Plan. Debe cooperar con los esfuerzos del Plan para garantizar que sus dependientes reúnen los requisitos para la cobertura del Plan. Si no lo hace, sus dependientes podrán quedar excluidos de la cobertura hasta que se facilite la información de verificación suficiente para que el Plan pueda garantizar que sus dependientes reúnen los requisitos para continuar con la cobertura.



TOME ACCIÓN

Deberá notificar por escrito al administrador fiduciario, en un plazo de 60 días, cualquier cambio en la situación de cualquiera de sus dependientes que afecte a su derecho a percibir prestaciones.

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA JUBILADOS

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA JUBILADOS

Tenga en cuenta que esta cobertura médica no es gratuita, y los Participantes Jubilados deberán contribuir al costo de la cobertura continua del Participante Jubilado. Para obtener información sobre las tarifas actuales para Participantes Jubilados, póngase en contacto con el Administrador del Fideicomiso. Asimismo, esta cobertura médica no está garantizada de por vida y puede interrumpirse. Además, pueden aplicarse normas especiales de cobertura para determinados planes fusionados, que se describen más adelante en esta sección. Consulte con el Administrador del Fideicomiso y/o con su Administrador de Pensiones acerca de los requisitos de elegibilidad.

Al jubilarse, TODOS los Participantes Jubilados DEBEN:

- Participar, diferir la participación o rechazar la participación en el Programa de prestaciones para jubilados;
- Notificar al Administrador del Fideicomiso la selección realizada anteriormente dentro de los 60 días de la fecha de jubilación del Participante Jubilado o de la fecha en que se agote el banco de horas del Participante Jubilado, lo que ocurra más tarde;
- Si el Participante Jubilado desea diferir la fecha de inicio (por ejemplo, debido a otra cobertura activa del seguro del cónyuge del Participante Jubilado Elegible o a través de COBRA después de que se agote el banco de horas del Participante Jubilado Elegible) el Participante Jubilado **debe notificar al Administrador del Fideicomiso al momento de solicitar el Programa de Prestaciones para Jubilados**; y/o
- Contribuir al costo del Programa de Prestaciones para Jubilados, incluidos todos los Dependientes Elegibles;



TOME ACCIÓN

Los jubilados deben decidir en el momento de la jubilación si desean participar en el Programa Médico para Jubilados y deben solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la jubilación o cuando se agote su banco de horas, lo que ocurra más tarde.

Los siguientes tipos de jubilados pueden ser elegibles para el Programa de Prestaciones para Jubilados: Jubilados anticipados normales, participante discapacitado no afiliado y/o empleado afiliado al Sindicato.

Jubilados elegibles a Medicare—Deben reunir TODOS los requisitos siguientes:

- Cumplir los requisitos para el Programa de Prestaciones para Jubilados, a través de un Fideicomiso de Jubilación patrocinado por la IUPAT, un Sindicato local o un Consejo de distrito que esté ubicado en una región cubierta por el Fideicomiso; **y**
- Elegir participar en el Programa de Prestaciones para Jubilados; **y**
- Poseer un mínimo de 9,000 horas cubiertas bajo el Fideicomiso y/o el Fideicomiso de salud y bienestar de la IUPAT; **y**
- Haber adquirido un mínimo de 3,000 horas en los últimos cinco años.

Jubilado no elegible para Medicare—Debe reunir TODOS los requisitos siguientes:

- Tener al menos 55 años de edad;
- Cumplir los requisitos para el Programa de Prestaciones para Jubilados, a través de un Fideicomiso de Pensiones patrocinado por la IUPAT, un Sindicato local o un Consejo de distrito—que esté ubicado en una región cubierta por el Fideicomiso o Poseer un mínimo de 15,000 horas cubiertas bajo el Fideicomiso o el Fideicomiso de salud y bienestar de la IUPAT; **y**
- Elegir participar en el Programa de Prestaciones para Jubilados; **y**
- Poseer un mínimo de 15,000 horas cubiertas bajo el Fideicomiso; **y**
- Haber adquirido un mínimo de 6,000 horas en los últimos cinco años bajo el Fideicomiso.

Jubilado por incapacidad—Debe reunir TODOS los requisitos siguientes:

- Cumplir los requisitos para el Programa de Prestaciones para Jubilados, a través de un Fideicomiso de Jubilación patrocinado por la IUPAT, un Sindicato local o un Consejo de Distrito, en una región cubierta por el Fideicomiso; **y**
- Elegir participar en el Programa de Prestaciones para Jubilados; **y**
- Poseer un mínimo de 10,000 horas cubiertas bajo el Fideicomiso; **y**
- Haber recibido prestaciones por incapacidad del Seguro Social (“SSDB”).

Participante no afiliado—Debe reunir TODOS los requisitos siguientes:

- Haber trabajado para un Empleador participante en el Fideicomiso durante un período continuo de 10 años, **y**
- Haber estado cubierto por el Fideicomiso durante 5 años inmediatamente antes de jubilarse.

Empleados afiliados al Sindicato que trabajaron para cualquier Consejo de Distrito o Sindicato local—Deben reunir TODOS los requisitos siguientes:

- Haber sido empleado de cualquier Consejo de Distrito o Sindicato local participante en el Fideicomiso, **y**
- Haber estado cubiertos por el Fideicomiso en los 5 años inmediatamente anteriores a la jubilación.

Los empleados afiliados al Sindicato que trabajaron para la IUPAT o un afiliado directo—Deben reunir TODOS los requisitos siguientes:

- Haber sido empleado de cualquier Consejo de Distrito o Sindicato local participante en el Fideicomiso, **y**
- Haber estado cubierto por el Fideicomiso en los 5 años inmediatamente anteriores a la jubilación.

Inscripción diferida. Si el empleado participante jubilado cumple puntualmente todos los requisitos que se indican a continuación, el empleado participante jubilado podrá ser elegible para aplazar su inscripción formal en el Programa de Prestaciones para Jubilados. Tenga en cuenta que la Inscripción sólo podrá aplazarse una vez. El empleado participante jubilado puede optar por aplazar la inscripción, es decir, empezar a pagar la cobertura médica mensual en una fecha posterior, sólo **SI**:

- El empleado participante jubilado notifica su jubilación al administrador del fideicomiso dentro de los 60 días siguientes a la fecha de su jubilación; **y**
- El Empleado Participante Jubilado, o el cónyuge del Empleado Participante Jubilado, mantiene, o está cubierto de otra manera por, otro plan médico grupal bajo el cual el Empleado Participante Jubilado tiene derecho a participar como participante activo o dependiente; **y**
- El empleado participante jubilado está cubierto continuamente por ese otro plan médico, sin interrupción de la cobertura mensual; **y**
- El empleado participante jubilado notifica por escrito al administrador del fideicomiso, dentro de los 30 días siguientes a la terminación de la cobertura en el otro plan médico, la intención del empleado participante jubilado de inscribirse en el Programa de Prestaciones para Jubilados; **y**
- Tras dicha notificación por escrito, el empleado participante jubilado deberá inscribirse en el Programa de Prestaciones para Jubilados del Fideicomiso; **y**
- Si se le solicita, el empleado participante jubilado debe proporcionar al Administrador del fideicomiso un Certificado de Cobertura acreditable del otro plan médico.

Si el empleado participante jubilado fallece después de la fecha en que aplazó la inscripción pero antes de la fecha en que entre en vigencia la inscripción en el Programa de Prestaciones para Jubilados, los dependientes del empleado participante jubilado podrán optar por

inscribirse en el Programa de Prestaciones para Jubilados, siempre que se cumplan todos los demás requisitos para la cobertura

Disponibilidad de cobertura para dependientes. El Programa de Prestaciones para Jubilados se mantiene y administra como un plan médico proporcionado a los empleados jubilados anteriormente cubiertos como participantes empleados (o algunos otros participantes elegibles) cubiertos por el Fideicomiso. El Programa de Prestaciones para Jubilados está sujeto a las normas de la legislación federal sobre atención médica conocida como Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, en su versión modificada (denominada PPACA), incluidas las normas que cubren la cobertura para dependiente. La inscripción del empleado jubilado y el pago de las cotizaciones requeridas dan derecho al empleado jubilado a inscribir a los dependientes no cónyuges hasta que éstos alcancen la edad de 26 años, salvo que los dependientes sigan estando capacitados para la cobertura. A continuación se exponen los requisitos adicionales de elegibilidad.

Aparte de los jubilados que reúnan los requisitos, tal y como se definen anteriormente, la cobertura del Programa Médico para Jubilados está disponible para:

- Su cónyuge legal en el momento de su jubilación con el que haya estado casado durante al menos 12 meses antes de la fecha de su jubilación. La cobertura no está disponible para su cónyuge con el que haya estado casado en los 12 meses anteriores al momento de su jubilación o después del momento de su jubilación.
- Su hijo natural, adoptado legalmente, hijastro o hijo de acogida, cualquiera de los cuales tenga en el momento de su jubilación y que fuera elegible para recibir las prestaciones en el momento de su jubilación.
- Un hijo colocado con usted con fines de adopción legal estará cubierto a partir de la fecha de colocación, siempre que usted haya asumido la responsabilidad económica de los gastos médicos del niño.
- De conformidad con la legislación federal, la cobertura del Programa Médico para Jubilados está disponible para determinados hijos dependientes (denominados beneficiarios alternativos) si así lo indica una Orden de Asistencia Médica Infantil Calificada (QMCSO). Póngase en contacto con el Administrador del fideicomiso para más detalles.
- Excepto en el caso de un recién nacido de usted y su cónyuge capacitado, otro hijo descrito anteriormente que se incorpore a su familia después del momento de su jubilación no será elegible para la cobertura.
- La cobertura de un hijo dependiente continúa hasta que el hijo cumpla 26 años, salvo que siga siendo elegible como dependiente capacitado (por ejemplo, un hijo adulto incapacitado que dependa principalmente de usted para su manutención).

Su costo. Tanto usted como su cónyuge deben aportar cotizaciones para participar en el Programa de Prestaciones para Jubilados. Sus cotizaciones son determinadas y ajustadas periódicamente por la Mesa Directiva tras el estudio de los costos aplicables de la cobertura médica. El Fideicomiso no garantiza que el Programa Médico para Jubilados continuará durante toda su vida o indefinidamente, y la Mesa Directiva puede discontinuar, suspender o terminar el Programa Médico para Jubilados en cualquier momento. Las cantidades de las cotizaciones también dependen de su edad y de su Inscripción en Medicare. Deberá colaborar con el Administrador del fideicomiso en la presentación de toda la documentación relativa a su inscripción en Medicare.

Por lo general, las cotizaciones se pagan a más tardar el día 15 del mes anterior al mes para el que se proporciona la cobertura médica. Por ejemplo, su pago correspondiente a la cobertura médica de octubre vence y debe ser recibido por el Fideicomiso a más tardar el 15 de septiembre.

Los pagos deben efectuarse en meses consecutivos para mantener la elegibilidad. El Fideicomiso puede permitir un breve período de gracia que se prolongue hasta el último día del mes anterior al mes para el que se requiere el pago, pero no hay restablecimiento de la cobertura después de cualquier terminación de la cobertura por falta de pago o pago tardío. Si NO efectúa el pago hasta el mes de cobertura, puede tener problemas para obtener servicios con los proveedores del Plan (recetas, visión, odontología, etc.).

Inscripción obligatoria en Medicare. Usted y su cónyuge o cualquier otra persona a su cargo que reúna los requisitos deberán inscribirse en las Partes A y B de Medicare tan pronto como reúnan los requisitos — generalmente tres meses antes de cumplir los 65 años o, en algunos casos, antes (por ejemplo, en caso de insuficiencia renal terminal o incapacidad que reúna los requisitos) — para evitar una interrupción en la cobertura. Si deja su empleo y no ha solicitado la Parte B de Medicare en un plazo de tres meses a partir de la fecha en que cumpla los 65 años, es posible que le cueste más inscribirse en la cobertura de la Parte B.

Su cobertura de jubilado en virtud del Plan está diseñada para complementar la cobertura que obtenga a través de Medicare una vez que usted o sus dependientes elegibles sean elegibles por primera vez para inscribirse en Medicare. Por consiguiente, sus costos mensuales por la cobertura de jubilado se reducirán cuando sea elegible por primera vez para inscribirse en Medicare.

Otras normas de la administración. Además de los requisitos de elegibilidad para jubilados indicados anteriormente en la página 16, se aplican los siguientes:

- Todo saldo del banco de horas acumulado en el empleo activo se utilizará antes de que las prestaciones de jubilado entren en vigor. Debe mantener sus propios registros de la cobertura del banco de horas de que dispone. Además, puede agotar cualquier prestación COBRA de que disponga antes de iniciar la cobertura del Programa de Prestaciones para Jubilados, si así lo desea.

- La solicitud formal por escrito de las prestaciones para jubilados (incluida la opción dental y oftalmológica) debe realizarse en un plazo de 60 días a partir de la fecha de su jubilación o en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se agote su banco de horas, lo que ocurra más tarde.
- Todos los jubilados no elegibles para Medicare tendrán una segunda oportunidad de solicitar las prestaciones odontológicas y oftalmológicas cuando sean elegibles para Medicare, y deberán solicitarlas en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que sean elegibles para Medicare.
- Deberá ponerse en contacto con el Administrador del fideicomiso para confirmar la elegibilidad para el banco de horas, en su caso, y para obtener una solicitud formal para las prestaciones de jubilado con toda la información pertinente. También puede solicitar una copia de la norma completa de elegibilidad para jubilados.
- La cobertura para usted terminará el primer día del mes para el que se deba y no se pague cualquier prima.

Normas de elegibilidad de los jubilados de los planes fusionados.

Los jubilados que estaban cubiertos por Glaziers, Architectural Metal and Glass Workers Local Union No. 740 Welfare Fund o por Allied Metal Crafts Health and Security Trust Fund (Sindicatos locales números: 55, 66, 1094) pueden estar sujetos a requisitos de elegibilidad diferentes a los enumerados anteriormente, según los acuerdos de fusión de dichos fondos en el Fideicomiso. Póngase en contacto con el Administrador del fideicomiso para obtener más información. A continuación se resumen las normas de elegibilidad.

- Glaziers, Architectural Metal and Glass Workers Local Union No. 740 Welfare Fund
 - Hasta el 1 de enero de 2019, un empleado elegible del Fondo de Local 740 puede ser elegible para la cobertura de jubilado bajo el Plan, ya sea bajo las normas del Fondo de Local 740 en vigor el 1 de enero de 2016, o bajo las normas del Plan en vigor el 1 de enero de 2016. A partir del 1 de enero de 2019, un empleado elegible del Fondo Local 740 deberá cumplir los requisitos del Plan para obtener la cobertura de jubilado.
 - En la medida en que se requiera la percepción de prestaciones de jubilación para tener derecho a la cobertura de jubilado, las prestaciones de jubilación del Fondo de Jubilación de Western Glaziers satisfacen este requisito.
 - En la medida en que se requiera un cierto número de horas acreditables de trabajo cubierto para tener derecho a la cobertura de jubilado, las horas acreditadas ya sea al Fondo de Local 740 o al Fiduciario cumplen los requisitos y se acreditarán al requisito de horas.
- Allied Metal Crafts Health and Security Trust Fund (Sindicatos locales números: 55, 66, 1094)
 - En la medida en que se requiera la percepción de prestaciones de Jubilación para tener derecho a la cobertura de jubilado, las prestaciones de Jubilación del Plan de.

-
- En la medida en que se requiera un cierto número de horas acreditables de trabajo cubierto para calificar para la cobertura de jubilado, las horas acreditadas ya sea al Plan de Seguridad de Allied Metal Crafts o al Fideicomiso califican y serán acreditadas para el requisito de horas.

Participantes jubilados elegibles para Medicare. Los participantes jubilados elegibles para Medicare (incluidos los cónyuges elegibles para Medicare) están cubiertos por un plan médico grupal totalmente asegurado ofrecido por el Fideicomiso para las prestaciones médicas y de medicamentos recetados. El Fideicomiso participa en un acuerdo con un plan “PPO pasivo”, no un plan HMO tradicional. Los participantes jubilados elegibles para Medicare pueden acudir a cualquier proveedor que acepte Medicare y que esté dispuesto a facturar al proveedor participante para recibir las prestaciones preferentes; no es necesaria ninguna referencia. Póngase en contacto con el Administrador del fideicomiso para obtener más información. Las prestaciones ofrecidas por el plan de proveedores participantes difieren de las prestaciones enumeradas en este documento, que ahora sólo se aplican a los jubilados del Fideicomiso que no reúnen los requisitos para Medicare y a sus dependientes capacitados.

COBERTURA DE CONTINUACIÓN

EXTENSIÓN DE LAS PRESTACIONES DURANTE LA INCAPACIDAD TOTAL

Si está totalmente incapacitado por una lesión o enfermedad profesional o no profesional en la fecha en que finaliza su elegibilidad o antes, el Plan permite una extensión de las prestaciones por los servicios cubiertos como si la elegibilidad no hubiera finalizado. El Plan cubrirá hasta un máximo de tres meses consecutivos de prolongación de las prestaciones de salud y bienestar, a partir de la fecha de incapacidad total, hasta la fecha más temprana de:

- La fecha en que usted o sus dependientes queden cubiertos por otro plan médico grupal;
- Expire el periodo de tres meses de extensión de las prestaciones;
- Se agote su banco de horas o de dólares tras expirar el periodo de tres meses de extensión de las prestaciones; o
- La fecha en que finaliza la incapacidad total.

Las prestaciones pagaderas son las vigentes en la fecha en que finalizó la elegibilidad. La elegibilidad para la extensión de la cobertura de las prestaciones durante la incapacidad total está sujeta a una revisión independiente por parte del Plan. La cobertura se prolongará, supeditada al establecimiento de la elegibilidad a través de una revisión independiente, durante un máximo de cuatro semanas sobre la base de una carta de cualificación para la cobertura de su médico u otro proveedor médico capacitado.

Este periodo de tres meses de extensión de la cobertura de las prestaciones descrito anteriormente no coincide con los periodos de tiempo de continuación de la cobertura disponibles para usted en virtud de COBRA, en caso de que posteriormente elija la cobertura COBRA (véase la sección COBRA más adelante). Esta extensión de tres meses del periodo de cobertura de las prestaciones constituye un máximo de por vida para la persona cubierta.

En virtud de esta estipulación de prolongación de las prestaciones, el Fideicomiso prolonga la cobertura en su nombre hasta tres meses a lo largo de su vida. Si sigue estando totalmente incapacitado después de que finalice el periodo de extensión de tres meses de las prestaciones y se agote su banco de horas o de dólares, Usted o sus dependientes deberán pagar las primas de la cobertura COBRA para poder continuar con la cobertura conforme a COBRA.

Debe realizar la selección para la cobertura COBRA cuando finalice su elegibilidad activa (es decir, cuando haya expirado la extensión de tres meses de las prestaciones y se haya agotado su banco de horas o de dólares) para poder utilizar las estipulaciones de la cobertura COBRA. Si no elige COBRA, la continuación de cobertura COBRA no estará disponible y sólo podrá acogerse a la extensión de las prestaciones. Para poder elegir COBRA, deberá hacerlo en el momento en que expire su cobertura activa. No podrá a más tardar elegir la cobertura COBRA.

LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE CONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA) CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Si pierde la cobertura por haber perdido la elegibilidad, es posible que pueda continuar con ella. En las circunstancias que se describen a continuación, usted, su cónyuge legítimo y sus dependientes elegibles tienen cada uno el derecho independiente de optar por continuar su cobertura médica más allá del momento en que la cobertura hubiera finalizado normalmente, en virtud de una ley federal conocida como COBRA.

! PUNTO CLAVE !

COBRA proporciona a determinados ex empleados, jubilados, cónyuges, ex cónyuges e hijos dependientes el derecho a la continuación temporal de la cobertura médica a índices de grupo, cuando se pierde la cobertura debido a ciertos acontecimientos específicos. Por lo general, los participantes en COBRA pagan ellos mismos la totalidad de la prima.

EVENTOS CALIFICATIVOS

Usted (como empleado participante) tiene derecho a elegir la continuidad de la cobertura médica del Plan si, de lo contrario, perdería la elegibilidad debido a una reducción de las horas de trabajo o a la finalización de la relación laboral (que no se deba a una falta grave).

Su cónyuge tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura si, de lo contrario, perdería la elegibilidad por cualquiera de los siguientes motivos:

- El empleado participante termina su relación laboral o reduce el número de horas de trabajo (que no sea debido a una falta grave);
- Muerte del empleado participante;
- Divorcio o separación legal del empleado participante; o
- Que el empleado participante pase a tener derecho a Medicare.

Un hijo dependiente tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura si, de lo contrario, perdería la elegibilidad por alguno de los siguientes motivos:

- El empleado participante termina su relación laboral o se le reducen las horas de trabajo; (que no sea debido a una falta grave);
- Muerte del empleado participante;
- Divorcio o separación legal entre el empleado participante y el progenitor legal del hijo;
- Que el empleado participante pase a tener derecho a Medicare; o
- El hijo deja de reunir los requisitos para ser considerado dependiente elegible en virtud del plan.

SUS RESPONSABILIDADES DE NOTIFICACIÓN COBRA

El Fideicomiso ofrece la continuación de la cobertura del Plan sólo después de que se le haya notificado un evento calificativo. Usted o sus dependientes elegibles tienen la responsabilidad de informar al Administrador del fideicomiso sobre la pérdida de cobertura como consecuencia de un divorcio o separación legal o de que un hijo pierda su estado de dependiente.

Si usted o sus dependientes elegibles sufren una pérdida de cobertura debido a estos acontecimientos, deberá notificarlo por escrito al administrador del fideicomiso en un plazo de 60 días a partir del último de ellos:

- La fecha del evento calificativo;
- La fecha en que se produzca la pérdida de cobertura; o
- La fecha en la que se informa al beneficiario capacitado de su obligación de notificación y de los procedimientos para efectuar dicha notificación.

La notificación debe identificar a la persona que ha sufrido el evento calificativo, el nombre del empleado capacitado y el evento calificativo ocurrido. Si no proporciona la notificación a tiempo, su cobertura finalizará como lo haría normalmente según los términos del Plan y perderá todos los derechos COBRA que de otro modo se hubieran podido aplicar.

Si su cónyuge dependiente se da de baja voluntariamente de la cobertura del Plan en virtud de las estipulaciones de baja voluntaria del Plan en previsión de un divorcio, usted y su cónyuge dependiente deberán notificar a los administradores del fideicomiso cuando su divorcio sea definitivo.

Su Empleador es responsable de informar al Fideicomiso si se termina su empleo. El Administrador del fideicomiso determinará cuando el banco de horas o de dólares del empleado cae por debajo del número de horas requerido. No obstante, la Mesa Directiva se reserva el derecho de determinar si efectivamente se ha perdido la cobertura debido a un evento calificativo.

TOME ACCIÓN

Usted o sus dependientes elegibles tienen la responsabilidad de informar al administrador del fideicomiso de la pérdida de cobertura como consecuencia de un divorcio o separación legal o de que un hijo pierda su estado de dependiente.

SOLICITUD DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Una vez que el administrador del fideicomiso haya recibido la notificación adecuada de que se ha producido un evento calificativo, le notificará a usted y a cada uno de los miembros de su familia que reúnan los requisitos sus derechos a elegir la continuidad de la cobertura.

La solicitud de continuación de la cobertura deberá realizarse por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, finalizaría la cobertura o de 60 días a partir de la fecha en

que se reciba la notificación del Plan, si es posterior.

La solicitud de continuación de la cobertura del Plan por parte de un miembro de la familia cubre a todos los demás miembros elegibles de la misma familia, siempre que dichos miembros de la familia figuren específicamente en el formulario de selección completado por usted o por el administrador del fideicomiso. Cada persona elegible para la continuación de la cobertura puede elegir la cobertura por separado; es decir, si una persona elegible elige la cobertura, todas las demás personas elegibles no tienen que elegir la cobertura.

Presente su solicitud al administrador del fideicomiso. Si no solicita la continuación de la cobertura dentro de este periodo de 60 días, la elegibilidad finalizará como lo haría normalmente según los términos del Plan.

TOME ACCIÓN

La selección deberá efectuarse por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, finalizaría la cobertura o de 60 días a partir de la fecha en que se reciba la notificación del administrador del fideicomiso, si ésta fuera posterior.

COBERTURA DISPONIBLE

La continuación de la cobertura ofrecida es la misma que se proporciona a los empleados de su actual empresa y a los dependientes elegibles de un empleado.

INCORPORACIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

La continuación de la cobertura sólo está disponible para las personas que estaban cubiertas por el plan en el momento del evento calificativo.

Si continúa con la cobertura, podrá añadir a cualquier nuevo dependiente elegible que adquiera de acuerdo con las estipulaciones de elegibilidad de dependientes del Plan. Para añadir un nuevo dependiente, deberá enviar una notificación por escrito al administrador del fideicomiso en los 30 días siguientes a la adquisición del nuevo dependiente.

La notificación escrita debe identificar al empleado, al nuevo dependiente y la fecha de adquisición del nuevo dependiente. Envíe por correo su notificación al administrador del fideicomiso.

Sólo los dependientes recién nacidos tienen derecho a prolongar su cobertura continuada si se produce un segundo evento calificativo (como se explica a continuación).

COBERTURA CONTÍNUA REQUERIDA

Su continuación de cobertura COBRA debe ser continua a partir de la fecha en que su cobertura en virtud del Plan habría finalizado de otro modo, si no eligió la continuación de cobertura.

Si inicialmente rechaza la continuación de cobertura COBRA antes de que finalice su periodo de selección de 60 días, puede cambiar de opinión y solicitar la continuación de cobertura COBRA, siempre que presente un formulario de selección completado antes de que finalice

su periodo de selección original de 60 días.

Sin embargo, su continuación de cobertura COBRA comenzará en la fecha en que presente el formulario de selección completado al administrador del fideicomiso y no en la fecha del evento calificativo.

COSTO

Una persona capacitada debe pagar la totalidad del costo de la cobertura continuada. El Fideicomiso utiliza un índice compuesto, lo que significa que usted paga el mismo índice mensual tanto si cubre a una persona como a toda una familia.

El costo de la cobertura disponible a través del Fideicomiso se fija anualmente. Si tiene un evento calificativo, se le notificará la prima mensual de autopago aplicable para las opciones de cobertura disponibles para usted.

Si reúne los requisitos para ser elegible para una extensión de la cobertura como consecuencia de su incapacidad o la de un dependiente, el costo de la cobertura será del 150% del índice de autopago de COBRA por los 11 meses adicionales de cobertura proporcionados como consecuencia de su incapacidad.

! PUNTO CLAVE !

Si tiene un evento calificativo, se le notificará la prima mensual de autopago aplicable para las opciones de cobertura disponibles para usted.

AUTOPAGOS MENSUALES OBLIGATORIOS

Los autopagos de COBRA deben efectuarse el primer día de cada mes para la cobertura de ese mes. Envíe su pago por correo al administrador del fideicomiso.

El administrador del fideicomiso terminará la cobertura si el pago no se recibe dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento. Un cheque que se reciba y no se haga efectivo en el banco por falta de fondos se considerará impago.

La única excepción es que el autopago correspondiente al periodo anterior a la selección inicial de la cobertura podrá efectuarse hasta 45 días después de la fecha de selección. Perderá el derecho a la continuación de la cobertura si no se recibe el pago inicial o si éste no lleva matasellos de correos en un plazo de 45 días desde el momento en que eligió la continuación de la cobertura. En el caso de una persona que reúna los requisitos para la extensión de la cobertura de las prestaciones por incapacidad total, el periodo de gracia de 45 días se aplica al primer pago financiado por el participante que deba efectuarse una vez vencida la extensión de la cobertura de las prestaciones.

DURACIÓN DE LA COBERTURA CONTINUADA

La continuación de la cobertura puede durar hasta 18 meses tras la pérdida de la cobertura como consecuencia de la finalización del empleo o la reducción de horas.

En el caso de eventos calificativos de dependientes (muerte del empleado, divorcio o separación legal del empleado, que el empleado pase a tener derecho a Medicare o que un hijo deje de cumplir los

requisitos para ser considerado dependiente según el plan) la continuación de la cobertura puede durar hasta 36 meses después de la fecha inicial del evento calificativo de 18 meses.

Sin embargo, la continuación de la cobertura finalizará el último día del periodo mensual de pago de la prima si se produce alguno de los siguientes hechos antes del periodo máximo de continuación disponible:

- No se autopaga puntualmente al administrador del fideicomiso la prima correspondiente al siguiente período mensual de cobertura;
- Usted o sus dependientes elegibles pasan a estar cubiertos por cualquier otro plan médico grupal después de la fecha de su selección de COBRA;
- Usted o su dependiente elegible notifiquen por escrito que desean terminar su cobertura;
- Usted y sus dependientes elegibles adquieren el derecho a las prestaciones de Medicare después de la fecha de su selección de COBRA;
- La fecha en que el Empleador o del empleado deje de proporcionar cualquier plan médico grupal (incluidos los planes sucesores) a cualquier empleado;
- El día en que la persona cubierta vuelva a ser elegible para estar cubierta por el Plan; o
- El último día en que finalice su periodo máximo de cobertura COBRA (18, 29 o 36 meses, según corresponda).

DURACIÓN DE LA COBERTURA CONTINUADA— PARTICIPANTES DISCAPACITADOS

Si la Administración del Seguro Social determina que usted, su cónyuge o cualquier dependiente cubierto por el Plan está incapacitado dentro de los primeros 60 días de continuación de la cobertura, las personas que hayan elegido previamente recibir la cobertura COBRA pueden recibir 11 meses adicionales de continuación de la cobertura hasta un máximo de 29 meses.

Para obtener los meses adicionales de cobertura, deberá notificarlo por escrito al administrador del fideicomiso en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la determinación de incapacidad del Seguro Social y antes de que finalice el periodo inicial de 18 meses de continuación de la cobertura.

Si posteriormente se determina que la persona incapacitada no está incapacitada, deberá notificarlo por escrito al administrador del fideicomiso en un plazo de 30 días a partir de esta determinación.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA— SEGUNDO EVENTO CALIFICATIVO

Los dependientes elegibles que tienen derecho a la continuación de la cobertura como consecuencia del cese de la relación laboral o de la reducción de horas del empleado pueden ampliar su cobertura hasta un total de 36 meses si se produce un segundo evento calificativo durante los 18 meses iniciales de la continuación de la cobertura.

Los posibles segundos eventos calificativos son la muerte del empleado, un divorcio o separación legal del empleado, que un hijo pierda el estado de dependiente o que el empleado tenga derecho a Medicare durante los 18 meses iniciales de continuación de la cobertura.

Si un dependiente elegible desea que se le prolongue la cobertura como consecuencia de un segundo evento calificativo, deberá notificarlo por escrito al administrador del fideicomiso en un plazo de 60 días a partir del segundo evento calificativo. Si no se notifica oportunamente por escrito un segundo evento calificativo, la cobertura del individuo finalizará como lo haría normalmente según los términos del plan. En ningún caso la continuación de la cobertura se prolongará más allá de un total de 36 meses.

! PUNTO CLAVE !

En ningún caso la continuación de la cobertura se prolongará más de un total de 36 meses.

RELACIÓN ENTRE COBRA Y MEDICARE U OTRA COBERTURA MÉDICA

La continuación de cobertura COBRA de un individuo terminará si tiene derecho a Medicare o a otra cobertura médica de grupo.

Sin embargo, si un individuo tiene derecho a Medicare o a otra cobertura de grupo en el momento en que eligió COBRA, puede ser elegible para ambos tipos de cobertura.

Si tiene la cobertura COBRA y tiene derecho a Medicare basado en la edad o incapacidad y ya no tiene el estado de empleo actual, Medicare pagará primero y el Plan sólo pagará el secundario y se coordinará con Medicare. El estado de empleo actual significa que sigue trabajando o que ha recibido prestaciones por incapacidad a corto plazo durante menos de seis meses.

Si tiene una cobertura de Medicare basada en una enfermedad renal terminal y tiene la cobertura del Plan (COBRA o de otro tipo), el Fideicomiso pagará en primer lugar durante el periodo de coordinación de 30 meses, previsto por la ley. Si tiene otra cobertura médica de grupo, ésta pagará de forma primaria y la cobertura continuada del Fideicomiso será secundaria.

EFFECTO DE NO ELEGIR LA COBERTURA CONTINUA

Al considerar la posibilidad de inscribirse en la continuación de cobertura COBRA, tenga en cuenta que el hecho de no continuar con su cobertura médica de grupo puede afectar a sus derechos en virtud de la ley federal:

- Debe saber que la ley federal le otorga derechos especiales de inscripción. Puede tener derecho a solicitar la inscripción especial en otro plan médico grupal para el que de otro modo sería elegible (como el plan de su cónyuge) dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura médica grupal del fideicomiso debido a su evento calificativo.

También puede tener el mismo derecho especial de inscripción de 30 días al final del periodo máximo de continuación de la cobertura disponible para usted. Con el fin de proteger los derechos de su familia, deberá mantener informado al administrador del fideicomiso de cualquier cambio de domicilio de sus dependientes. También deberá conservar una copia, para su archivo, de cualquier notificación que envíe al administrador del fideicomiso.

! PUNTO CLAVE !

Al considerar la posibilidad de elegir la continuación de la cobertura, tenga en cuenta que el hecho de no continuar con su cobertura médica de grupo puede afectar a sus derechos en virtud de la legislación federal.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si desea más información sobre sus derechos en virtud de ERISA (incluida COBRA) y otras leyes que afectan a los planes médicos grupales, póngase en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Ministerio de Trabajo de EE.UU. o visite su página web en www.dol.gov/ebsa.

RESUMEN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS

Las tablas que comienzan en la página 24 ofrecen un breve resumen de las prestaciones del Plan Médico, de Medicamentos Recetados, Dental y de Visión.

Tenga presente que el pago del Plan Médico se basa en los gastos permitidos, que son la cantidad descontada del Proveedor Preferido o el índice usual, habitual y razonable (UCR, por sus siglas en inglés) para los Proveedores No Preferidos (no la cantidad facturada).

Nota: Todas las prestaciones cubiertas están sujetas a esta cláusula “usual, habitual y razonable”, excepto cuando las realizan Proveedores PPO o según lo estipulado en la cláusula Diálisis ambulatoria.

Deberá satisfacer el deducible anual, si se requiere, antes de que el Plan pague las prestaciones.

Tenga en cuenta que las prestaciones para jubilados que se indican a continuación sólo se aplican a los jubilados que no reúnen los requisitos para recibir asistencia médica y a sus dependientes capacitados (incluidos los cónyuges que reúnen los requisitos para Medicare); los jubilados que reúnen los requisitos para Medicare están cubiertos por un plan separado totalmente asegurado emitido por Humana.

PROGRAMA DE LICENCIA DE MATERNIDAD PAGADA

El Plan proporciona a las participantes elegibles una prestación de baja por maternidad retribuida. Para ser elegible para este Programa de Prestaciones se deben cumplir los siguientes criterios:

- Debe presentarse un certificado de un doctor en medicina que verifique que la participante no puede desempeñar las tareas de su oficio debido a limitaciones físicas derivadas del embarazo (para las prestaciones previas al parto únicamente);
- En el momento de presentar la solicitud en virtud de este programa de prestaciones, la participante es elegible para la cobertura del plan; y
- La participante no ha hecho uso de estas prestaciones en los últimos veinticuatro (24) meses..

El Programa de Prestaciones no está disponible para:

- Los residentes canadienses
- Los miembros que no sean participantes activos en las prestaciones del Plan
- Embarazos por gestación subrogada
- Adopción de un niño
- Situaciones de acogimiento familiar
- Dependientes del participante

PRESTACIONES DISPONIBLES

El programa de prestaciones ofrece prestaciones por embarazo (antes del parto/parto) durante un máximo de seis (6) meses y después del parto/parto durante una prestación máxima de seis (6) semanas u ocho (8) semanas en caso de parto por cesárea.

- Embarazo (antes del parto/parto) Seis (6) meses de prestación máxima por maternidad pagada

La participante debe cumplir los criterios de elegibilidad, pero las prestaciones no comenzarán hasta el inicio del cuarto mes de embarazo. Las prestaciones acumuladas previas al parto/nacimiento pueden ser intermitentes y no pueden superar los seis (6) meses. Transcurridos los seis (6) meses, las prestaciones cesarán independientemente de que la afiliada pueda o no reincorporarse al trabajo. De vez en cuando, el Plan podrá exigir que el doctor de la participante vuelva a certificar que continúa su incapacidad laboral durante el embarazo.

- Posparto/nacimiento Seis (6) semanas de prestación máxima u ocho (8) semanas de prestación máxima en caso de parto por cesárea.

Independientemente de la cobertura de las prestaciones previas al parto, la participante será elegible para recibir hasta seis (6) semanas de licencia pagada después del parto, con dos (2) semanas adicionales de prestaciones pagadas en caso de parto por cesárea.

En virtud de este programa de prestaciones, las prestaciones se pagan semanalmente y equivalen al 66.67% de los ingresos semanales normales de la participante hasta una prestación semanal máxima de \$800. Los ingresos semanales se determinarán en función del salario normal por hora basado en una semana laboral de cuarenta (40) horas. Las prestaciones de este Programa de Beneficios no se considerarán “otros ingresos” a efectos de determinar la elegibilidad del participante para otras prestaciones del Plan.

OTRAS PRESTACIONES Y LIMITACIONES

Las prestaciones ofrecidas a través del Plan son adicionales a otras prestaciones del Plan. Sin embargo, la elegibilidad y la percepción de esta prestación pueden afectar a su capacidad para recibir otras prestaciones adicionales de otras fuentes no relacionadas con el Plan.

BENEFITS OVERVIEW TABLES

RESUMEN GENERAL DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS	Prestaciones estándar	Prestaciones para encargados de materiales	Las prestaciones básicas (antes Western Washington Residential Painting y Utah Drywall)
Deductible La cantidad de servicios cubiertos que usted paga cada año civil antes de que el Plan pague las prestaciones. Nota: el deducible que se alcance en los 3 últimos meses del año civil se transferirá al nuevo año.	\$300/persona \$900/familia \$300/jubilado	\$300/persona \$900/familia	\$750/persona \$2,250/familia
Límite de desembolso médico directo El máximo que usted paga en concepto de coaseguro cada año civil, después del cual el Plan paga el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos, (excluidos los copagos y deducibles).	\$1,000/persona \$7,300/familia Jubilados: \$2,000/persona \$7,300/familia	\$3,000/persona \$7,300/familia	\$3,000/persona \$5,950/familia
Límite máximo de desembolso directo por medicamentos recetados Lo máximo que pagará en copagos cada año civil	Prestaciones estándar: \$5,000/persona; Prestaciones para encargados de materiales: \$3,300/persona; Prestaciones básicas: \$2,850/persona; Jubilados: \$4,300 Estándar, encargados de materiales, básica y jubilados: \$5,000/familia		
Límite combinado de desembolso directo para los planes médico y de recetas médicas Lo máximo que usted paga cada año civil, después de lo cual el Plan paga el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos (incluidos coaseguros, copagos y deducibles)	Prestaciones estándar: \$6,300/persona Prestaciones para encargados de materiales, básicas, y jubilados: \$6,600/persona Estándar, encargados de materiales, básico y jubilados: \$13,200/familia		
Máximo anual Lo máximo que el Plan pagará por cualquier persona cubierta	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

PLAN MÉDICO	Prestaciones estándar de Proveedores PPO	Prestaciones para encargados de materiales		Las prestaciones básicas (antes Western Washington Residential Painting y Utah Drywall)	
		Proveedores PPO	Proveedores No PPO	Proveedores PPO	Proveedores No PPO
Servicios médicos Consultas en oficina, atención hospitalaria, cirugía	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Atención preventiva Exámenes físicos de rutina, servicios de laboratorio y radiografías; tratamiento para dejar de fumar; vacunas de rutina (según los CDC); atención al niño sano; prueba anual de Papanicolaou, gastos médicos, mamografías de rutina, exámenes de próstata y cualquier otro que exija la leys	El Plan paga el 100% (sin deducible)				
Telesalud/Telemedicina Permite la cobertura de consultas telefónicas, por Internet u otras consultas de atención virtual en las que el paciente no es visto físicamente por su médico u otras visitas cubiertas. Debe tratarse de diagnósticos y tratamientos enfocados a través de un intercambio telefónico o de vídeo en directo y simultáneo con la participación directa del paciente y el proveedor durante toda la consulta. Los cargos por faltar a una cita no están cubiertos y quedan excluidos de la cobertura del Plan.					
Servicios hospitalarios					
Cuarto y comida Pago basado en el costo de habitación semiprivada	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Unidad de cuidados intensivos Pago basado en el cargo de la UCI del hospital	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Servicios ambulatorios	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Sala de emergencias	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Otros servicios					
Ambulancia¹ Para el transporte de emergencia al hospital más cercano equipado para prestar los servicios El transporte en avión comercial puede estar cubierto si es médicamente necesario	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Aparatos auditivos (excluido para jubilados) Hasta \$500/año cada 36 meses (no incluye la sustitución de la pila ni de otros equipos auxiliares)	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Proveedores alternativos Acupuntura, terapia de masajes y atención naturopática: Hasta 24 consultas al año por cada servicio	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%

¹Servicios de ambulancia aérea: estos servicios se pagarán como si los prestara un proveedor de la red sin facturación de saldos y se tendrán en cuenta para los deducibles y los gastos máximos de bolsillo.

		Prestaciones para encargados de materiales		Las prestaciones básicas (antes Western Washington Residential Painting y Utah Drywall)	
PLAN MÉDICO	Prestaciones estándar de Proveedores PPO	Proveedores PPO	Proveedores No PPO	Proveedores PPO	Proveedores No PPO
Fisioterapia/Terapia ocupacional Hasta 60 consultas al año	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Atención médica a domicilio Hasta 130 consultas por año civil	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Logoterapia Hasta 60 consultas al año (debe ser para recuperar el habla perdida debido a una lesión o enfermedad diagnosticada)	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Ortesis Hasta \$500 por causa	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Manipulaciones vertebrales/ Servicios quiroprácticos 24 consultas por año civil	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Neurológico Initial psychological tests and evaluations	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Cuidados paliativos Hasta 180 días de servicios de hospitalización y ambulatorios en la vida de cualquier persona cubierta	El Plan paga 100%				
Trastornos del neurodesarrollo	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) \$5,000 máximo de por vida, prestaciones regulares del Plan para cirugía de la mandíbula si el tratamiento se inició dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de la lesión Nota: Los cargos por TMJ no se contabilizarán en la acumulación de cargos cubiertos para el porcentaje de pago del 100% de otros cargos, ni estos cargos estarán sujetos al pago del 100%	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Embarazo Sólo para el empleado y su cónyuge	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Prestaciones de trasplante y donación de órganos \$350,000 máximo de por vida con \$75,000 de prestaciones para donantes todo incluido	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Tratamiento de diálisis en régimen ambulatorio	El Plan paga el 100% del cargo usual y razonable después de todos los deducibles y coaseguros aplicables. Consulte la descripción de Tratamiento de Diálisis en régimen ambulatorio en el Plan Médico, Servicios cubiertos por el Plan Médico				

PLAN MÉDICO	Prestaciones estándar de Proveedores PPO	Prestaciones para encargados de materiales		Las prestaciones básicas (antes Western Washington Residential Painting y Utah Drywall)	
		Proveedores PPO	Proveedores No PPO	Proveedores PPO	Proveedores No PPO
Trastornos mentales					
Pacientes hospitalizados	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Paciente ambulatorio	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%
Otros servicios conductuales					
Abuso de sustancias/dependencia química (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	El Plan paga 80%	El Plan paga 80%	El Plan paga 60%	El Plan paga 70%	El Plan paga 50%

PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista y especializada	Farmacia de venta por correo
Máximo de desembolso directo Lo máximo que pagará en copagos cada año	Las prestaciones estándar: \$5,000/persona Prestaciones para encargados de materiales: \$3,300/persona Prestaciones básicas: \$2,850/persona Jubilados: \$4,300 Estándar, encargados de materiales, básico y jubilados: \$5,000/familia	
Límite de suministros* El suministro máximo por reabastecimiento	30 días**	90 días
Recetas genéricas	El mayor de \$5 o el 15% de copago hasta \$50, por mes	El mayor de \$12.50 o el 15% de copago hasta \$125, por mes
Recetas de medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Recetas de marca del formulario	El mayor de \$20 o el 25% de copago hasta \$150, por mes	Mayor de \$50 o 25% de copago, hasta \$375, por mes
Recetas de marcas no incluidas en el formulario	El mayor de \$20 o el 50% de copago, por mes	El mayor de \$50 o el 50% de copago, por mes

*Las recetas de medicamentos especializados están limitadas a un suministro para 30 días por surtido. La autorización de medicamentos especializados y Las prestaciones deben tramitarse a través de Archimedes. Teléfono: 888-504-5563 (gratuito); memberservices@archimedesrx.com

**Los medicamentos genéricos de mantenimiento recurrente pueden surtir para un suministro de 90 días con 3 copagos mensuales (\$15 o 15%, lo que sea mayor, hasta \$150).

Los suministros para diabéticos comprados con varias recetas al mismo tiempo sólo incurrirán en un único copago. Por ejemplo, si las recetas de insulina inyectable, tiras reactivas y material de inyección (agujas hipodérmicas y jeringuillas) se presentan en la farmacia para ser surtidas el mismo día, se aplicará un solo copago minorista por las tres recetas.

PLAN DENTAL* †**Elija cualquier dentista con licencia****Se sugiere la autorización previa en reclamaciones superiores a \$300****Deducible**

La cantidad de servicios cubiertos que debe pagar cada año antes de que el Plan pague las prestaciones

\$25/persona

Prestación máxima

Lo máximo que el Plan paga por persona y año civil

\$2,000/persona**

Servicios cubiertos**Dentro de la Red (% de los gastos contratados)*******Fuera de la Red (% de UCR, siglas en inglés)****Clase I: Servicios de diagnóstico y preventivos**Exámenes bucales de rutina, limpieza dental y tratamiento con flúor (hasta dos veces por año civil)
Radiografías y selladores (siguiendo las pautas de frecuencia)

100%

75%

Clase II: Servicios de restauración

Extracciones, cirugía oral, empastes, procedimientos periodontales y endodónticos, coronas

80%

60%

Clase III: Servicios de prostodoncia

Dentaduras postizas y puentes

60%

50%

Ortodoncia

Sólo disponible para hijos dependientes elegibles que hayan estado inscritos en el Plan Dental el primer día del mes siguiente a un periodo de 9 meses durante el cual usted haya sido elegible durante 6 meses

El plan paga el 15% de todo el costo como pago inicial cuando el anillado y el 50% de la carga mensual de ajuste \$2,000 máximo de por vida/persona***

*Las prestaciones dentales están excluidas de las prestaciones de encargados de materiales y básica.

†Los jubilados deben elegir estas prestaciones en el momento de la inscripción inicial en el Programa de Prestaciones para Jubilados o al ser elegibles a Medicare.

**Los servicios odontológicos pediátricos hasta los 12 años no están limitados a las prestaciones máximas.

***Los dentistas contratados por la Careington Maximum Care Network no pueden cobrar a los participantes ninguna cantidad por encima del índice contractual. Para los procedimientos de Clase II y Clase III, los participantes serán responsables de la cantidad contratada por encima de la cual pagará el Plan.

PLAN DE LA VISTA* †**Los gastos cubiertos (en la red VSP)****Copago****Frecuencia******Examen WellVision**

\$0

Cada 12 meses

Montura

- Subsidio de \$170 para una amplia selección de monturas***
- Descuento de \$190 para las marcas de monturas destacadas***
- 20% de ahorro en la cantidad que sobrepase su asignación
- Descuento de \$95 en Costco***

Cada 24 meses

Lentes

- Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea
- Lentes de policarbonato para hijos dependientes

Cada 12 meses

Lentes con mejoras

- Lentes progresivos de nivel estándar
 - Lentes progresivos premium
 - Lentes progresivas personalizadas
- Ahorro promedio del 30% en otros lentes mejorados

\$0
\$95–\$105
\$150–\$175

Cada 12 meses

PLAN DE LA VISTA* † continuación

Los gastos cubiertos (en la red VSP)	Copago	Frecuencia**
<p>Lentes de contacto (en lugar de anteojos)</p> <ul style="list-style-type: none"> Subsidio de \$170 para lentes de contacto; no se aplica el copago*** Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) 	Hasta \$60	Cada 12 meses
<p>Programa Diabetic Eyecare Plus</p> <p>Servicios relacionados con la enfermedad diabética ocular, el glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Examen de retina para miembros elegibles con diabetes. Pueden aplicarse limitaciones y coordinación con la cobertura médica. Pida detalles a su doctor de VSP</p>	\$20	Según sea necesario
<p>Anteojos de seguridad con receta o sin receta</p> <p>Lentes monofocales, bifocales con líneas y trifocales con línea. Las prestaciones sólo están disponibles para el participante y no para sus dependientes. Sólo los anteojos de seguridad de la marca ProTec están totalmente cubiertas y están disponibles únicamente en los proveedores participantes de VSP.</p>	\$0	Lentes cada 12 meses, montura cada 24 meses
<p>AHORROS ADICIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anteojos y gafas de sol: 20% de ahorro en anteojos y gafas de sol adicionales, incluyendo lentes ampliados, de cualquier doctor de VSP dentro de los 12 meses de su último examen WellVision. Corrección de la vista con láser: Ahorre hasta \$1,000 en Lasik; descuentos sólo disponibles en centros contratados. 		
<p>Los gastos cubiertos (fuera de la red VSP)</p>		
<p>Examen oftalmológico completo</p> <p>Se permite un examen por año civil</p>	El Plan paga hasta \$50	
<p>Anteojos</p> <p>Se permiten dos anteojos (un par) por año civil</p>	El Plan paga basado en el tipo de lente: Sencillo—hasta \$50 Bifocal—hasta \$75 Trifocal—hasta \$91 Progresivo—hasta \$75	
<p>Monturas</p> <p>Se permite un juego de monturas cada dos años civiles consecutivos</p>	El Plan paga \$72	
<p>Lentes de contacto</p> <p>El Plan paga las prestaciones por las lentillas o los lentes de contacto (no por ambos) cada año civil</p>	El Plan paga hasta \$105	
<p>Anteojos de seguridad con receta o sin receta</p> <p>Lentes monofocales, bifocales con líneas y trifocales con línea (anteojos de seguridad que no sean de la marca ProTec). Las prestaciones sólo están disponibles para el participante y no para sus dependientes. Cuando los anteojos de seguridad se obtienen de un proveedor fuera de la red VSP o se obtienen anteojos de seguridad que no son de la marca ProTec (incluso si están dentro de la red), los anteojos de seguridad se reembolsan según los índices indicados a la derecha.</p>	El Plan paga basado en el tipo de lente: Sencillo—hasta \$35 Bifocal—hasta \$45 Trifocal—hasta \$60	

* Las prestaciones de visión están excluidas de las prestaciones de encargado de materiales y básica.

† Los jubilados deben elegir estas prestaciones en el momento de la inscripción inicial en el Programa de Prestaciones para Jubilados o al ser elegibles a Medicare.

** La frecuencia se mide a partir de la fecha del último servicio.

***Tenga en cuenta que todas las prestaciones están sujetas a cambios.

RESUMEN DEL PLAN MÉDICO

COMO SE PAGAN LAS PRESTACIONES

DEDUCIBLE

El deducible es la cantidad de servicios cubiertos que debe pagar cada año civil antes de que el Plan comience a pagar las prestaciones, tal y como se indica en la tabla que comienza en la página 26.

El deducible se aplica a todas las prestaciones excepto a los cuidados preventivos y a las prestaciones de rutina.

Existen algunas excepciones al requisito del deducible:

- **Deducible transferible:** Los gastos aplicados al deducible en los últimos 90 días civiles de un año civil se aplicarán también al deducible del año civil siguiente.
- **Deducible por accidente común:** Si dos o más personas cubiertas de su familia resultan lesionadas en el mismo accidente, sólo se aplicará un deducible para ese accidente. Esto se aplicará también a cualquier reaplicación del deducible por ese accidente.

CARGOS DESCONTADOS

El Plan tiene acuerdos contractuales con Proveedores Preferidos, otros proveedores de atención médica, redes de proveedores, gerentes de beneficios de recetas (“PBM”, siglas en inglés) y otros vendedores de servicios y suministros de atención médica (“Proveedores”). En virtud de estos acuerdos, algunos proveedores han aceptado descuentos en los cargos.

Un “cargo descontado” es la cantidad que un proveedor ha acordado aceptar como pago íntegro por los servicios o suministros de atención médica cubiertos. Un cargo con descuento no incluye los reembolsos farmacéuticos ni ninguna otra reducción, Cargo o crédito que un proveedor pueda ofrecer periódicamente. El Fideicomiso retendrá aquellas cantidades que no sean cargos con descuento.

Sin embargo, el Fideicomiso ha estimado la cantidad de dichos descuentos, reducciones, cargos y créditos y los ha tenido en cuenta al fijar la prima que se cobra para brindar las prestaciones de este Plan.

Las reclamaciones en virtud del Plan y cualquier deducible, copago (basado en el porcentaje del cargo), coaseguro y beneficios máximos descritos en este Plan se determinarán en base al cargo descontado.

COASEGURO

Por coaseguro se entiende el porcentaje que el Plan paga por los servicios cubiertos. El Plan paga la mayoría de los servicios médicos cubiertos (salvo que se indique lo contrario o no figuren en el Plan) de la siguiente manera:

- **Proveedores Preferidos:** El Plan paga el 80%
- **Proveedores No Preferidos:** El Plan paga el 80% del UCR
- **Proveedores Preferidos (sólo encargados de material):** El Plan paga el 80%

- **Proveedores No Preferidos (Sólo encargados de materiales):** El Plan paga el 60% del UCR
- **Proveedores Preferidos (sólo básico):** El Plan paga el 70%
- **Proveedores No Preferidos (sólo básico):** El Plan paga el 50% del UCR

Primero deberá alcanzar el deducible anual antes de que el Plan pague las prestaciones. Usted paga el porcentaje restante hasta alcanzar el límite de desembolso directo.

Las prestaciones se pagan únicamente por los gastos efectuados mientras la persona esté cubierta por el Plan.

CANTIDAD AUTORIZADA

La cantidad permitida es la cantidad en la que se basa el pago del Plan. Es igual a:

- **El cargo con descuento del Proveedor Preferido:** Es la cantidad que el Proveedor Preferido acepta como pago completo por los servicios o suministros de atención médica cubiertos.
- **El cargo usual, habitual y razonable (UCR):** Es el cargo promedio por un servicio o suministro determinado, basado en la ubicación geográfica, la habilidad del proveedor del servicio y la complejidad del servicio realizado. El administrador del fideicomiso determina el cargo UCR (siglas en inglés).

Cuando reciba servicios o suministros de un Proveedor Preferido, la cantidad facturada puede superar el cargo UCR. Tenga en cuenta que usted es responsable del 100% de cualquier cantidad que exceda lo que paga el Plan.

Los “Cargos Permitidos” para Diálisis Ambulatoria es la cantidad “usual y razonable” tal y como se define este término en las estipulaciones de Diálisis Ambulatoria.

! PUNTO CLAVE !

Cualquier cargo que exceda el cargo usual, habitual y razonable (UCR) será responsabilidad suya.

LEY DE ASIGNACIONES CONSOLIDADAS “SIN SORPRESAS”

Tenga en cuenta que, por lo general, los proveedores de la red no pueden “facturar el saldo” a los participantes por servicios prestados fuera de la red en centros de la red. Sin embargo, si un participante recibe una notificación por adelantado (72 horas antes) de un posible cargo fuera de la red y consiente en el uso de dichos servicios de proveedores fuera de la red, el participante puede estar sujeto a cargos adicionales de “facturación equilibrada” salvo que no haya ningún proveedor de la red para los servicios disponibles en el centro de la red.

Todos los servicios de emergencia se pagarán como servicios dentro de la red y no se aplicará la “facturación equilibrada”. Esto incluye los servicios de ambulancia aérea.

La afección médica de emergencia se definirá de la siguiente manera:

Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que un lego prudente, que posea un conocimiento medio de salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a una afección descrita en la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), incluyendo (1) poner la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo nonato) en grave peligro, (2) deterioro grave de las funciones corporales, o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esta definición incluye las afecciones de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

De conformidad con la sección 1867 de la Ley del Seguro Social, por “servicios de emergencia” se entenderá (1) un examen médico adecuado que esté dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un departamento de emergencias independiente, incluidos los servicios auxiliares de los que dispone rutinariamente el departamento de emergencias, para evaluar si existe una afección médica de emergencia; y (2) el examen y tratamiento médico adicional que pueda ser necesario para estabilizar al individuo (independientemente del departamento del hospital en el que se preste el examen y tratamiento médico adicional) dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o en el servicio de urgencias autónomo independiente.

Un “servicio de urgencias autónomo independiente” pretende incluir cualquier centro de atención médica que esté geográficamente separado y diferenciado de un hospital, y que esté autorizado por un estado para prestar servicios de urgencias, incluso si el centro no está autorizado bajo el término “servicio de urgencias autónomo independiente.”

Las protecciones de compartición de costes y facturación de saldos de la Ley Sin Sorpresas continúan desde la sala de urgencias hasta los servicios posteriores a la estabilización en un hospital o departamento de urgencias independiente hasta que el médico de urgencias o el proveedor tratante determinen que el participante, beneficiario o afiliado puede viajar utilizando transporte no médico o transporte médico no urgente a un proveedor o centro participante disponible situado a una distancia de viaje razonable, teniendo en cuenta el estado de salud de la persona. La notificación y el consentimiento, así como cualquier requisito adicional de la ley estatal, también deben cumplirse de acuerdo con 45 CFR 149.410(b)(1), 45 CFR 149.410(b)(2), 45 CFR 149.420(c) hasta (g), 45 CFR 149.410(b)(3) y 45 CFR 149.410(b)(5).

LÍMITE DE DESEMBOLSO DIRECTO

Los gastos de desembolso directo son los costes que usted paga por los servicios cubiertos como cantidades coaseguradas o deducibles.

Lo máximo que usted paga en concepto de gastos de su bolsillo al año se denomina límite de gastos de su bolsillo. Esta cantidad es de \$6,300 por persona (\$6,600 para encargados de materiales y prestaciones básicas) y \$13,200 por familia, indexada cada año civil, y es un límite combinado para los planes médico y de recetas.

! PUNTO CLAVE !

Una vez que alcance el límite de desembolso directo, el Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos durante el resto del año civil.

Se puede utilizar el mismo gasto para reunir el límite de desembolso directo para Proveedores Preferidos y Proveedores No Preferidos.

Cuando alcance este límite, el Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos durante el resto del año civil.

Los gastos por los siguientes conceptos no podrán utilizarse para satisfacer el límite de desembolso directo y no se pagarán al 100% una vez alcanzado el límite de desembolso directo:

- Copagos
- Gastos excluidos, que superen el máximo de prestaciones o que excedan la prestación habitual, habitual y razonable (UCR).

PRESTACIÓN MÁXIMA

En virtud de la Ley de Atención Médica Asequible, se suprimen los límites máximos de las prestaciones. Por lo tanto, las prestaciones máximas son ilimitadas.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

! PUNTO CLAVE !

El Plan paga las reclamaciones por los servicios prestados por PPO Proveedores PPO directamente al Proveedor PPO.

Cuando usted o sus dependientes necesiten atención médica, podrá elegir el médico, hospital u otro proveedor de atención médica que desee.

Cuando elija un proveedor de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, siglas en inglés), ahorrará dinero. Los Proveedores PPO son médicos, instalaciones, hospitales, laboratorios, etc., que han acordado prestar servicios médicos a precios reducidos.

Su plan médico es un “plan de coaseguro”, lo que significa que usted paga un porcentaje del coste de los servicios que recibe. La cantidad real que pague dependerá de si elige un Proveedor PPO o un Proveedor No PPO.

- **Los Proveedores PPO** cobran un índice de descuento por los servicios que prestan. En la mayoría de los casos, usted pagará entre el 20% y el 30% de esta cantidad con descuento por los servicios que reciba. Los proveedores PPO aceptan el índice de descuento como pago total; eso significa que no le facturarán una cantidad superior a la que permite el Plan.
- **Cuando elija un Proveedor PPO**, pagará el 20% (o el 40% para los encargados de materiales, el 50% para los básicos) del cargo UCR por la mayoría de los servicios. El cargo UCR es el índice que permite el Plan para cada servicio cubierto. Este cargo puede no coincidir con la cantidad facturada por el proveedor; usted es responsable de cualquier cantidad que el proveedor facture y que exceda el pago del Plan.

- **Los proveedores PPO** han acordado un cargo por servicio con descuento para las prestaciones cubiertas y no cubiertas. Recurrir a un proveedor PPO dental, aunque siga estando sujeto al UCR, puede suponer unos gastos de desembolso directos más bajos para usted y su familia.

UBICACIONES

El Plan participa en redes nacionales de PPO para servicios médicos, dentales y oftalmológicos, así como en algunas coaliciones. Póngase en contacto con la PPO (consulte Contactos clave para obtener información) para localizar a un proveedor que satisfaga sus necesidades.

- **Aetna PPO**
- **Careington Maximum Care Network Dental todas las regiones cubiertas por el Fideicomiso**
- **Nevada Health Services Coalition**
- **Alaska Coalition:**
 - **Alaska Regional Hospital**
 - **Charter North Hospital**
- **VSP**

! PUNTO CLAVE !

Puede elegir cualquier proveedor de atención médica autorizado; sin embargo, cuando elija un Proveedor PPO, ahorrará dinero porque los Proveedores PPO cobran un índice de descuento y el Plan suele pagar un porcentaje mayor de los servicios cubiertos.

Todos los Proveedores Preferidos y los Proveedores No Preferidos son contratistas independientes; no son empleados ni agentes del Plan.

El Plan no supervisa, controla ni garantiza el resultado o los resultados de los servicios de atención médica prestados por ningún Proveedor Preferido o Proveedor No Preferido. La relación entre usted y sus dependientes con un Proveedor Preferido o un Proveedor No Preferido es la de proveedor y paciente. El Proveedor Preferido o el Proveedor No Preferido es el único responsable de los servicios de atención médica prestados a usted y a sus dependientes.

ESTIPULACIONES DE LA GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Las prestaciones de “gestión de la utilización” forman parte de su plan médico. La idea que subyace a estas características es hacer hincapié en el uso eficiente de los servicios médicos sin sacrificar la calidad de la atención.

! PUNTO CLAVE !

Trabajando juntos, podemos mantener unos costes razonables para que los prestaciones del Plan puedan continuar proporcionando una importante protección financiera en el futuro.

El punto de partida para las prestaciones cubiertas por el Plan es si los servicios y suministros son servicios médicos elegibles. Consulte las secciones Servicios médicos elegibles del Plan y Exclusiones, además del esquema de prestaciones.

El Plan paga su parte de los gastos de los servicios médicos elegibles sólo si se cumplen los requisitos generales. Estos son:

- El servicio médico elegible es médicamente necesario.
- Usted o su proveedor precertifica el servicio sanitario elegible cuando es necesario.

Esta sección aborda los requisitos de necesidad médica y precertificación.

TERAPIA DE INFUSIÓN / CENTRO DE CUIDADOS

El costo de los medicamentos de infusión puede variar mucho. El lugar donde reciba los cuidados marca la diferencia. El coste de una infusión ambulatoria en un hospital suele ser el doble del coste de una infusión del mismo medicamento recibida en la oficina de un médico o una infusión a domicilio. La norma de centros de infusión de medicamentos (SOC) de Aetna le obliga a utilizar centros de infusión de menor coste desde el inicio de la terapia, pero también le garantiza el acceso inmediato a la atención.

Durante el procedimiento de precertificación, se evalúa el lugar de atención solicitado.

Quando inicie la terapia en un centro de alto coste:

- **Obtiene atención inmediata.** Recibe una autorización de periodo de gracia que puede permitirle recibir su infusión inicial en un hospital ambulatorio sin retrasos ni interrupciones. Nuestro equipo de precertificación emite una autorización a corto plazo basada en los criterios clínicos.
- **Y después,** le orientamos hacia una atención más rentable. Un promotor de cuidados trabaja con el proveedor y con usted para realizar la transición a un entorno de menor coste y actualiza la autorización a corto plazo para reflejar el cambio.

Para determinados medicamentos especializados se le puede exigir que utilice el centro o prestación más rentable. Es posible que se le exija que obtenga determinados medicamentos cubiertos por las prestaciones médicas en el lugar o entorno de atención más rentable, como una infusión a domicilio.

Asimismo, es posible que se le exija obtener determinados medicamentos administrados por un profesional de la atención médica a través de su gestor de prestaciones farmacéuticas (“PBM”), Elixir.

La infusión en un entorno hospitalario ambulatorio puede considerarse médicamente necesaria sólo cuando:

- El paciente tiene una afección clínica que le expone a un mayor riesgo de complicaciones para las infusiones, incluida cualquiera de las siguientes:
 - Afecciones cardíacas o pulmonares conocidas que aumenten el riesgo de una reacción adversa

- Función renal inestable que disminuye la capacidad de respuesta a los líquidos
- Acceso vascular difícil o inestable
- Cambios agudos del estado mental o afecciones cognitivas que repercutan en la seguridad de la terapia de infusión
- Durante los primeros 90 días para cubrir:
 - El curso inicial de infusión de un agente farmacológico o biológico
 - La reiniciación de un agente después de 6 meses o más de no utilizarlo
 - El paciente tiene antecedentes conocidos de reacciones adversas graves a medicamentos y/o anafilaxia por un tratamiento previo con un medicamento relacionado o similar
 - Acceso a la atención médica
- No hay ningún centro de infusión ambulatoria en un radio de 50 millas del domicilio del paciente y no hay ninguna agencia de infusión a domicilio contratada que se desplace hasta el domicilio, o un hospital es el único lugar que ofrece infusiones del medicamento.

MÉDICAMENTE NECESARIO; NECESIDAD MÉDICA

Una necesidad médica es un requisito para que usted pueda recibir una prestación cubierta por el Plan.

Los requisitos de necesidad médica figuran en la sección Glosario del Plan, donde definimos “médicamente necesario”. Ahí es donde también explicamos lo que nuestros directores médicos o sus médicos designados tienen en cuenta cuando determinan si un servicio sanitario elegible es médicamente necesario.

PRECERTIFICACIÓN

Usted necesita la aprobación previa de Aetna para algunos servicios sanitarios elegibles. La aprobación previa también se denomina precertificación, autorización previa o autorización previa.

www.aetna.com/health-care-professionals/precertification.html

DENTRO DE LA RED

Su médico es responsable de obtener la precertificación necesaria antes de que usted reciba la atención. Si su médico no obtiene la precertificación necesaria, los administradores del fideicomiso no pagarán al proveedor que le preste la atención. Tampoco tendrá que pagar si su médico no pide a Aetna la precertificación. Si su médico solicita la precertificación y los administradores del fideicomiso la rehúsan, usted podrá obtener la atención, pero los administradores del fideicomiso no pagarán por ella. Encontrará información detallada sobre los requisitos en la sección *Lo que paga el plan y lo que paga usted - Excepciones importantes—Cuando se paga todo*.

FUERA DE LA RED

Cuando acuda a un proveedor fuera de la red, es su responsabilidad obtener la precertificación de Aetna para cualquier servicio o suministro que figure en la lista de precertificación. Si no obtiene la precertificación, es posible que se reduzcan sus prestaciones o que el Fideicomiso no pague ninguna prestación. Consulte su esquema de prestaciones para obtener esta información. La lista de servicios y suministros que requieren precertificación aparece más adelante en esta sección. Además, para cualquier reducción de prestaciones por precertificación que se aplique, consulte el horario de prestaciones en la sección *Reducción de prestaciones cubiertas por precertificación*.

La precertificación debe obtenerse dentro de los plazos especificados a continuación. Para los servicios de emergencia, no se requiere precertificación, pero debe llamar dentro de los plazos previstos y debe notificárselo a Aetna dentro de los plazos indicados a continuación. Para obtener la precertificación, llame a Aetna al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. Esta llamada debe realizarse.

Para ingresos no urgentes:	Usted, su médico o el centro deberán llamar y solicitar la precertificación al menos 14 días antes de la fecha prevista para su ingreso.
Para un ingreso de emergencia:	Usted, su médico o el centro deberán llamar en un plazo de 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible después de su ingreso.
Para un ingreso urgente:	Usted, su médico o el centro deberán llamar antes de que se haya programado su ingreso. Un ingreso urgente es un ingreso hospitalario realizado por un médico debido al inicio o cambio de una enfermedad, al diagnóstico de una enfermedad o a una lesión.
Para los servicios médicos ambulatorios no urgentes que requieren precertificación:	Usted o su médico deberán llamar al menos 14 días antes de que se preste la atención ambulatoria o se programe el tratamiento o procedimiento.
Para la terapia de infusión ambulatoria	Usted o su médico deben seguir todos los requisitos y plazos de esta sección.
Para la terapia de infusión en pacientes hospitalizados	Usted o su médico deben seguir todos los requisitos y plazos de esta sección.

Aetna le notificará por escrito a usted y a su médico la decisión de precertificación, cuando así lo exija la ley estatal. Si se aprueban sus servicios precertificados, la aprobación será válida durante 60 días mientras usted siga siendo elegible para el Plan.

Cuando le ingresen en un centro, Aetna le notificará a usted, a su médico y al centro la duración de su estancia precertificada. Si su médico recomienda que se prolongue su estancia, será necesario precertificar días adicionales. Usted, su médico o el centro tendrán

que llamar a Aetna al número que figura en su tarjeta de identificación tan pronto como sea razonablemente posible, pero no más tarde del último día autorizado.

Aetna revisará y tramitará la solicitud de prolongación de la estancia. Usted y su médico recibirán una notificación de aprobación o denegación.

Si la precertificación determina que la estancia o los servicios y suministros no son prestaciones cubiertas, la notificación explicará por qué y cómo se puede apelar nuestra decisión. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión de la decisión de precertificación. Consulte la sección *Decisiones sobre reclamaciones y procedimientos de apelación*.

¿QUÉ OCURRE SI NO OBTIENE LA PRECERTIFICACIÓN REQUERIDA?

Si no obtiene la precertificación requerida:

- Es posible que se reduzcan sus prestaciones o que el Plan no le pague ningún pago. Consulte la sección de *Reducción de prestaciones cubiertas por el esquema de prestaciones precertificación*.
- Usted puede ser responsable del saldo impagado de las facturas.
- Los gastos adicionales de desembolso directo en los que incurra no contarán para sus deducibles fuera de la red ni para los límites máximos de gastos de su bolsillo.

¿QUÉ TIPOS DE SERVICIOS REQUIEREN PRECERTIFICACIÓN?

La precertificación es necesaria para los siguientes tipos de servicios y suministros:

Servicios y suministros para pacientes hospitalizados	Servicios y suministros para pacientes ambulatorios
Estancias en el hospital	Cirugía estética y reconstructiva
Estancias en un centro de enfermería especializada	Transporte no urgente en avión de ala fija
Estancias en un centro de rehabilitación	Estimulación magnética transcraneal (EMT)
Estancias en un centro de cuidados paliativos	Applied behavior analysis
Estancias en un centro residencial de tratamiento de trastornos mentales y abuso de sustancias	Tratamiento de hospitalización parcial: diagnósticos de trastornos mentales y abuso de sustancias
Cirugía bariátrica (obesidad)	
Terapia de infusión	Terapia de infusión

Algunos medicamentos recetados están cubiertos por el plan médico cuando se los administra su doctor o un centro de atención médica. La siguiente información se aplica a estos medicamentos con receta:

Para ciertos medicamentos, su proveedor necesita obtener la aprobación de Aetna antes de que cubra el medicamento. El requisito de obtener la aprobación por adelantado orienta el uso adecuado de ciertos medicamentos y garantiza que sean médicamente necesarios.

La terapia escalonada es un tipo de precertificación en la que le exigimos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.

Póngase en contacto con Aetna o vaya a Internet para obtener los requisitos de precertificación más actualizados y la lista de medicamentos de terapia escalonada.

A veces, usted o su proveedor pueden pedir una excepción médica para medicamentos que no están cubiertos o para los que se denegó la cobertura. Usted, alguien que le represente o su proveedor pueden ponerse en contacto con Aetna. Deberá proporcionar a Aetna la documentación clínica. Cualquier excepción concedida se basa en un individuo y es una decisión caso por caso que no se aplicará a otros miembros.

PROGRAMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS

El Programa de Gestión de Cuidados, aunque voluntario, le ayuda a usted, a su representante, a su doctor y al hospital a tomar ciertas medidas cuando su doctor recomienda una hospitalización.

¿Qué hace por usted el Programa de Gestión de Cuidados?

- El programa actúa como defensor del paciente.
- Le ayuda a trabajar con su doctor o con otros proveedores de atención médica para garantizar que sus servicios médicos son médicamente necesarios según los términos del Plan.
- Le ayudará en la planificación de su alta hospitalaria y se encargará de que reciba los servicios de apoyo médico adecuados tras su alta, cuando sea necesario.
- Permite al Plan administrar los servicios de atención médica y los costos de manera más eficiente para garantizar que su alto nivel de prestaciones pueda continuar.

PRECERTIFICACIÓN HOSPITALARIA

Para ayudar a garantizar que los afiliados reciban la atención hospitalaria necesaria de la forma más rentable posible, los afiliados están obligados a precertificar todas las estancias hospitalarias. La precertificación es un procedimiento de revisión que simplemente determina la necesidad médica de su tratamiento hospitalario y la duración de la estancia.

Para precertificar una hospitalización, sólo tiene que llamar a Aetna (consulte la información de contacto en el interior de la portada):

- Para hospitalizaciones programadas previamente, llame en cuanto sepa que va a ser hospitalizado.
- Para hospitalizaciones de emergencia, llame en un plazo de dos días laborables o tan pronto como sea razonablemente posible.

- No se requiere precertificación para la atención de urgencia y el parto (salvo que la estancia sea superior a 48 horas para un parto normal o a 96 horas para una cesárea).

Usted es responsable de asegurarse de que la estancia en el hospital está precertificada. No obstante, usted, su representante o su doctor pueden llamar a Aetna para solicitar la precertificación.

Aetna también ofrece el Programa de administración de cuidados, que le ayuda a asegurarse de que recibe los cuidados adecuados para su enfermedad. El programa informa a su doctor sobre alternativas a la hospitalización, como los servicios de atención domiciliaria, que pueden fomentar un alta más temprana y la recuperación en casa.

La precertificación de una hospitalización a través del procedimiento de revisión de la utilización no significa necesariamente que se paguen Las prestaciones. Consulte la sección Exclusiones y limitaciones generales para conocer los posibles servicios no cubiertos. La confirmación de la elegibilidad de una persona cubierta para la cobertura del Plan de un servicio o suministro concreto y el cumplimiento de todos los demás requisitos del Plan también son necesarios para que las prestaciones sean pagaderas.

Aetna tomará una determinación respecto a la necesidad médica de su tratamiento hospitalario y le enviará por correo una carta indicando el número de días de hospitalización certificados.

Además, salvo que tenga una emergencia médica, debe hacer la llamada usted mismo y no confiar en que su doctor o el hospital precertifiquen su estancia hospitalaria por usted.

También se requiere autorización previa para los procedimientos ambulatorios.

! PUNTO CLAVE !

Usted, y no su médico, es responsable de asegurarse de que se produzca la precertificación. Sin embargo, usted, su representante o su médico pueden iniciar la precertificación.

REVISIÓN MÉDICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Durante una hospitalización aprobada, el Fideicomiso supervisará el internamiento para asegurarse de que la atención hospitalaria general continuada es médicamente necesaria y de que los servicios que se prestan son adecuados para la enfermedad que se está tratando. Se informará a su doctor de las alternativas a la hospitalización, como los servicios de atención domiciliaria, que pueden fomentar un alta más temprana y la recuperación en casa.

PREGUNTAS SOBRE EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS

Llame a Aetna si usted, su doctor o el hospital, tienen preguntas sobre el Programa de Gestión de Cuidados.

Si tiene preguntas sobre el Plan, llame al administrador del fideicomiso. Cuando llame, identifíquese como participante del Fideicomiso.

SOLICITUD DE APELACIÓN DE LA DECISIÓN DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

Usted, su representante o su proveedor de atención médica tienen derecho a solicitar una apelación de la decisión sobre la revisión de la utilización. (Consulte la sección Apelaciones del Plan para obtener más detalles.) Puede llamar a Aetna para obtener información adicional sobre la apelación.

Presente la solicitud por escrito (consulte la dirección postal en el interior de la portada) e incluya cualquier información adicional que pueda haberse omitido en la revisión o que Aetna deba tener en cuenta.

EXCEPCIONES A LA PRECERTIFICACIÓN

La precertificación no es necesaria cuando la persona cubierta:

- Tiene cobertura de Medicare que tiene la responsabilidad principal de las reclamaciones de la persona cubierta y que debe pagar la totalidad de sus prestaciones antes de que se paguen las prestaciones del Plan de conformidad con la estipulación de coordinación de prestaciones;
- Tiene otra cobertura médica colectiva que tiene la responsabilidad principal de las reclamaciones de la persona cubierta y que debe pagar la totalidad de sus prestaciones antes de que se paguen las prestaciones del Plan de conformidad con las estipulaciones de coordinación de prestaciones; o
- Recibe servicios o suministros fuera de los EEUU, México, Canadá o cualquier estado, distrito, provincia, territorio o posesión de los mismos.

PLAN MÉDICO

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN MÉDICO

SERVICIOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Las prestaciones del Plan pagan los servicios cubiertos recibidos por cada hospitalización.

- Cuarto y comida en el hospital, hasta el límite de cuartos:
 - Cuarto semiprivado: El coste del cuarto semiprivado del hospital donde esté hospitalizada la persona cubierta.
 - Alojamiento en pabellón: El cargo por alojamiento en pabellón del hospital donde esté internada la persona cubierta.
 - Cuarto privado: La tarifa media del cuarto semiprivado del hospital en el que está internada la persona cubierta.
 - Unidad de cuidados intensivos/unidad de cuidados cardíacos: El cargo de la unidad de cuidados intensivos/unidad de cuidados cardíacos del hospital donde esté recluida la persona cubierta.
- Servicios y suministros hospitalarios utilizados durante la hospitalización cubierta.
- Servicios hospitalarios ambulatorios relacionados con:
 - Una operación quirúrgica
 - Un tratamiento de emergencia en las 24 horas siguientes a un accidente
- Pruebas previas al ingreso para una intervención quirúrgica.

SERVICIOS DE MÉDICO

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios de un médico para atención médica
- Servicios activos de un cirujano asistente
- Bio-retroalimentación
- Servicios de una enfermera titulada (RN, por sus siglas en inglés) para cuidados de enfermería privada, o de un fisioterapeuta titulado; pero el Plan no paga los servicios prestados por una persona que viva con usted en su domicilio o forme parte de su familia
- Los siguientes servicios y suministros:
 - Fórmulas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU);
 - Radiografías de diagnóstico y servicio de laboratorio;
 - Oxígeno y el alquiler de equipos para su administración;
 - Sangre o plasma sanguíneo y su administración;
 - Radio, isótopos radiactivos y radioterapia;

- El Plan permitirá 3 bloqueos nerviosos/inyecciones de esteroides en un período de 6 meses sin repetir procedimientos anteriores dentro de un período de 2 meses y no más de 2 inyecciones articulares por nivel. La fisioterapia, el ejercicio en casa y la gerencia de la medicación deben utilizarse con estos procedimientos cuando se aprueben como médicamente necesarios;
 - Servicio local de ambulancia profesional;
 - Transporte en ambulancia profesional, ambulancia aérea o un vuelo programado regularmente en una aerolínea comercial para cuidados no urgentes cuando:
 - Se requieran servicios hospitalarios cubiertos especiales y únicos que no sean proporcionados por un hospital local; y
 - El transporte sea médicamente necesario.
 - Las prestaciones de transporte durante cualquier año del plan para una afección que no pueda tratarse localmente se limitan a:
 - Una consulta y visita de seguimiento para una afección que requiera tratamiento terapéutico o cirugía;
 - Una consulta para cuidados prenatales o postnatales de maternidad y una consulta para la entrega propiamente dicha de la maternidad;
 - Una consulta pre o posquirúrgica y una consulta para la intervención quirúrgica; y
 - Una consulta para cada afección alérgica.
- La cobertura del transporte sólo se aplica a la persona que recibe el tratamiento, salvo que el transporte de un cuidador sea médicamente necesario y haya sido preaprobado.
- Si las pruebas preoperatorias y la intervención quirúrgica a más de 100 millas de su domicilio son médicamente necesarias, los gastos de comida y alojamiento fuera del hospital están cubiertos durante el periodo de pruebas preoperatorias, pero sólo si han sido preaprobados.
- El transporte se realiza hasta el hospital más cercano equipado para prestar los servicios;
 - Yesos, férulas, aparatos ortopédicos, bragueros y muletas;
 - Equipo médico duradero utilizado para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta;
 - Miembros y ojos artificiales para sustituir miembros y ojos naturales;
 - Colocación inicial de las lentes de contacto necesarias debido a una operación de cataratas;
 - Servicios dentales prestados por un médico o dentista para el tratamiento de una lesión dental en dientes naturales sanos, (incluida la sustitución inicial de los dientes lesionados y las radiografías dentales necesarias), siempre que el gasto se produzca en el plazo de un año tras la lesión;

- Servicios odontológicos prestados por un médico o dentista para tratamientos odontológicos causados o derivados de tratamientos o servicios médicos cubiertos por el Fideicomiso, siempre que el gasto esté preautorizado como médicamente necesario;
- Procedimientos de esterilización y abortos electivos para empleados y cónyuges;
- Terapia de infusión; y
- Medicamentos médicamente necesarios administrados bajo la supervisión de un médico. NOTA: Si usted o su dependiente son elegibles para Medicare y están inscritos en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, el Plan no proporcionará las prestaciones de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

- Alquiler (hasta el precio de compra) de una silla de ruedas, una cama de hospital para el cuidado del paciente u otro equipo médico duradero.

PRESTACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

El Plan paga las prestaciones por gastos cubiertos de atención médica a domicilio de la siguiente manera:

- Las prestaciones médicas mayores al 100% en lugar de hospitalización para otros servicios cubiertos
- Las prestaciones médicas mayores al 80% si no son en lugar de hospitalización
- Sin exceder 130 consultas en cualquier año civil para los servicios que se indican a continuación.

Cada consulta realizada por un miembro del equipo de atención médica a domicilio se considerará una consulta de atención médica a domicilio.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO CUBIERTOS

- Atención de enfermería especializada prestada a tiempo parcial (no más de un turno de ocho horas) por:
 - Una enfermera titulada
 - Una enfermera práctica con licencia (LPN, siglas en inglés)
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de inhalación o logopedia proporcionadas por un terapeuta autorizado
- Los servicios de auxiliares sanitarios a domicilio no están cubiertos por el Plan porque no prestan servicios especializados y se consideran cuidados de custodia
- Los siguientes equipos y suministros, que hayan sido solicitados o recetados por un médico y que estarían cubiertos como gastos de hospitalización:
 - Fármacos y medicamentos que requieran la receta escrita de un médico;
 - Suministros médicos como oxígeno, catéteres, jeringuillas, apósitos, antisépticos, soluciones de irrigación y líquidos intravenosos;
 - Prótesis, yesos, férulas, bragueros, muletas y aparatos ortopédicos; y

LAS PRESTACIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA UN ENFERMO TERMINAL

El Plan paga las prestaciones por gastos cubiertos para cuidados paliativos de la siguiente manera:

- Las prestaciones médicas principales al 100%
- No más de 6 meses de servicios combinados de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y ambulatorios mientras estén cubiertos por el Plan
- Cualquier hospital, centro de cuidados de enfermería especializada u hogar de convalecencia que esté asociado al centro de cuidados paliativos (o, en caso de no existir, que esté situado lo más cerca posible del centro de cuidados paliativos)
- Servicios médicos sociales prestados por un trabajador social licenciado con un máster en trabajo social.
- El pago de las prestaciones de cuidados paliativos no sustituye a las prestaciones hospitalarias o médicas del Plan; pero éste no pagará prestaciones duplicadas por los mismos servicios y suministros o los mismos días de hospitalización.

Excepciones: el Plan no pagará por:

- Los servicios y suministros que no estén cubiertos por esta prestación de atención médica a domicilio ni por la prestación de cuidados paliativos
- Servicios prestados por una persona que viva en su domicilio o sea miembro de su familia
- Servicios que consisten principalmente en tareas de limpieza, compañía o asiento
- Servicios que no estén directamente relacionados con la afección médica de la persona cubierta, incluidos (entre otros):
 - Planificación patrimonial, redacción de testamentos u otros servicios jurídicos
 - Asesoramiento pastoral, arreglos o servicios funerarios
 - Orientación nutricional o servicios de alimentación como “comidas sobre ruedas”
 - Servicios de transporte (salvo lo dispuesto anteriormente)
- Gastos por los que se pagan prestaciones en virtud de cualquier otra estipulación del Plan
- No se aplicará ningún requisito que exija que los cuidados paliativos formen parte de un plan activo de tratamiento médico del que se espere razonablemente que reduzca la incapacidad

PRESTACIONES POR TRASTORNOS MENTALES

El Plan paga las prestaciones por los gastos cubiertos para el tratamiento de un trastorno mental, incluido el tratamiento por:

- Un médico
- Un proveedor autorizado en el estado para proporcionar atención médica mental
- Una agencia comunitaria de salud mental
- Un hospital estatal

Sujeto a que dichos proveedores estén autorizados por la autoridad competente del estado en el que se encuentren.

Si un empleado o una persona a su cargo incurre en gastos cubiertos debido a un trastorno mental, las prestaciones por cualquier tratamiento médicamente necesario en régimen de hospitalización o ambulatorio y los servicios de apoyo se pagarán del mismo modo que cualquier otra lesión o enfermedad.

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones (“MHPAEA”, por sus siglas en inglés), el autismo y los trastornos neurológicos estarán cubiertos por el Plan de la misma manera que cualquier otra reclamación cubierta. La MHPAEA exige que no haya requisitos más estrictos para la cobertura de estos trastornos, y otros trastornos mentales, que para cualquier otro tratamiento médico cubierto.

TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA

El Plan paga prestaciones limitadas para el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico realizado por un médico o un dentista para:

- Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- Disfunción por dolor miofascial (DMP)
- Cirugías maxilares de cualquier naturaleza, incluidas las deformidades esqueléticas, excepto los tratamientos relacionados con tumores, o neoplasias malignas

La cobertura incluye:

- Diagnóstico
- Radiografías
- Hospitalización
- Cirugía
- Fisioterapia
- Férulas
- Protecciones

El Plan paga las prestaciones de la misma manera que cualquier otra lesión o enfermedad por los gastos cubiertos hasta un máximo de \$5,000 mientras esté cubierto por el Plan. Los cargos que superen estas prestaciones no se aplicarán al máximo anual de “desembolso directo”.

Las prestaciones regulares del Plan se aplicarán a la cirugía o reparación de mandíbula si el tratamiento requerido es por una lesión resultante de un accidente. Las prestaciones requieren que el tratamiento se inicie dentro de los 12 meses inmediatamente posteriores al accidente. El hecho de no iniciar el tratamiento dentro de este plazo no invalidará ninguna reclamación si se puede demostrar que no era razonablemente posible iniciar el tratamiento

dentro del periodo de 12 meses, y el tratamiento se inició tan pronto como fue razonablemente posible.

TRATAMIENTO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

El Plan pagará 24 consultas por año civil. Las radiografías se pagan igual que cualquier otra afección.

- El Plan sólo permite una consulta en el consultorio inicial
- Se permiten más consultas en el consultorio si se ha producido una nueva afección o una nueva aparición

AMBULANCIA

- Servicio local de ambulancia profesional de emergencia
- Transporte en ambulancia profesional, ambulancia aérea o un vuelo programado regularmente en una compañía aérea comercial para atención no urgente cuando:
 - Se requieran servicios hospitalarios cubiertos especiales y únicos que no sean proporcionados por un hospital local; y
 - El transporte sea médicamente necesario.
- Las prestaciones de transporte durante cualquier año del plan para una enfermedad que no pueda tratarse localmente se limitan a:
 - Una consulta y una visita de seguimiento para una afección que requiera tratamiento terapéutico o cirugía;
 - Una consulta para cuidados prenatales o postnatales de maternidad y una consulta para la entrega propiamente dicha de la maternidad;
 - Una consulta pre o posquirúrgica y una consulta para la intervención quirúrgica; y
 - Una consulta por cada afección alérgica.

La cobertura del transporte se aplica sólo a la persona que recibe el tratamiento, salvo que el transporte de un cuidador sea médicamente necesario y haya sido preaprobado.

Si las pruebas preoperatorias y la cirugía a más de 100 millas de su domicilio son médicamente necesarias, los gastos de comida y alojamiento fuera del hospital están cubiertos durante el periodo de pruebas preoperatorias, pero sólo si han sido preaprobados.

SALA DE EMERGENCIAS

Exención del copago de \$100 si se produce dentro de las 24 horas siguientes a la lesión cubierta en caso de afecciones potencialmente mortales o si el paciente es ingresado en el hospital. Las afecciones potencialmente mortales y el tratamiento cuando la atención urgente no está disponible o no es accesible se determinan caso por caso. Las afecciones pueden incluir dificultad para respirar, huesos rotos, fiebre alta, deshidratación, dolor intenso, etc. La tos, el dolor de garganta u otros síntomas relacionados con un resfriado común pueden no ser potencialmente mortales.

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) utilizado para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta está cubierto, con alquileres cubiertos hasta el precio de compra del equipo.

FISIOTERAPIA/TERAPIA OCUPACIONAL

Limitada a 60 consultas por año civil.

TERAPIA DEL HABLA

Limitada a 60 consultas por año civil (debe ser para recuperar el habla perdida debido a una lesión o enfermedad).

ORTOPEDIA PODAL

Los aparatos ortopédicos para los pies están cubiertos como médicamente necesarios hasta un máximo de \$500 por causa. El máximo de \$500 se limita a los aparatos ortopédicos para el pie.

DEPENDENCIA QUÍMICA

Médicamente necesario, con respecto a la cobertura por dependencia química, significa que el tratamiento está indicado en el documento más reciente ASAM PPC-2R: ASAM Criterios de colocación de pacientes para el tratamiento de trastornos relacionados con el abuso de sustancias, publicado por la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción.

Dependencia química significa, a efectos de una enfermedad caracterizada por una dependencia fisiológica o psicológica, o ambas, de una sustancia controlada o de una bebida alcohólica. Se caracteriza además por un patrón frecuente o intenso de consumo patológico hasta el punto de que el usuario muestra una pérdida de autocontrol sobre la cantidad y las circunstancias del consumo; desarrolla síntomas de tolerancia o de abstinencia fisiológica y/o psicológica si se reduce o discontinúa el consumo de la sustancia controlada o la bebida alcohólica; y la salud del usuario se ve sustancialmente dañada o en peligro o su función social o económica se ve sustancialmente perturbada.

- Si usted o sus dependientes cubiertos requieren una desintoxicación médicamente necesaria en un hospital u otro centro autorizado como consecuencia de una dependencia química, el Plan pagará el gasto incurrido de la misma forma y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otra enfermedad si dicha atención de desintoxicación se considera médicamente necesaria según el Plan.
- Si usted o sus dependientes cubiertos se inscriben en un programa de tratamiento aprobado por el estado, para el tratamiento médicamente necesario de la dependencia química, el Plan pagará el gasto incurrido, incluidos los servicios de apoyo, de la misma manera y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otra enfermedad.

El tratamiento de la dependencia química ordenado por un tribunal no está cubierto por estas estipulaciones salvo que sea médicamente necesario. En situaciones en las que una persona cubierta esté bajo

orden judicial de someterse a una evaluación o tratamiento de dependencia química, como por ejemplo:

- Está relacionado con el aplazamiento del enjuiciamiento
- Está relacionado con el aplazamiento de la sentencia o la suspensión de la sentencia
- Está relacionado con los derechos de conducción de vehículos a motor

El Plan exigirá, a cargo de la persona cubierta, y no menos de 10, ni más de 30 días laborables, antes del inicio del tratamiento, una evaluación inicial de la necesidad de tratamiento de la dependencia química y un plan de tratamiento realizado por un consejero certificado en dependencia química de la elección de la persona cubierta que esté empleado por un programa de tratamiento aprobado por el estado. Esto permitirá al Plan tomar la determinación de que el tratamiento programado es médicamente necesario.

PROVEEDORES ALTERNATIVOS

Si un participante incurre en gastos por un servicio cubierto debido a una lesión o enfermedad por:

- Naturópata
- Acupunturista
- Masajista terapéutico

El Plan paga hasta 24 consultas por año civil.

APARATO AUDITIVO

(Sólo para participantes activos y sus dependientes; los jubilados están excluidos.)

Si usted o sus dependientes incurren en gastos por un médico o un audiólogo certificado o autorizado por servicios de Aparato auditivo cubiertos, el Plan pagará por el gasto de la misma manera que cualquier otra enfermedad, trastorno u otra condición cubierta, hasta \$500 por cada oído en cualquier período de 36 meses consecutivos. Las prestaciones se pagarán una vez satisfecho el deducible con el porcentaje de coaseguro aplicable.

El Plan pagará los gastos de lo siguiente:

- Un examen otológico realizado por un médico
- Un examen audiológico realizado por un audiólogo certificado o autorizado y los gastos de una consulta de seguimiento
- La compra o reparación de un aparato auditivo (monoaural o binaural) recetado como resultado de dichos exámenes, pero sólo si el médico examinador o el audiólogo certifican que la persona cubierta padece una pérdida auditiva que puede disminuirse con el uso de un aparato auditivo. Estos gastos incluyen los de:
 - El propio aparato auditivo
 - El molde o moldes de oído
 - Las pilas iniciales, los cables y otros equipos auxiliares necesarios
 - Una garantía

- Una consulta de seguimiento en los 30 días siguientes a la entrega del aparato auditivo

Excepciones: el Plan no pagará:

- La sustitución de un aparato auditivo más de una vez durante cualquier periodo de 36 meses civiles consecutivos, independientemente del motivo
- Pilas u otros equipos auxiliares, excepto los comprados con el aparato auditivo
- Un aparato auditivo que supere las especificaciones de la receta
- Servicio o suministro que no sea necesario o que no cumpla los niveles reconocidos profesionalmente
- Todo lo excluido en las exclusiones y limitaciones generales

Extensión de las prestaciones de los aparatos auditivos

El Plan no pagará las prestaciones por los gastos incurridos después de la fecha de finalización de la cobertura de una persona cubierta, salvo los gastos de un aparato auditivo que se haya pedido o reparado, antes de la fecha de terminación y se haya entregado en los 30 días siguientes a la misma.

TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA (PKU)

Las fórmulas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) se pagan como cualquier otro servicio cubierto.

TERAPIAS DE NEURODESARROLLO

Si un hijo Dependiente incurre en gastos por servicios de terapias de neurodesarrollo, el Plan pagará las prestaciones del mismo modo y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.

Excepciones que el Plan no pagará:

- Cualquier gasto que se pague en virtud de cualquier otra estipulación del Plan

CUIDADOS PREVENTIVOS

Si usted o sus dependientes incurren en gastos por los siguientes servicios, el Plan pagará el 100% del gasto incurrido, durante el año civil por todos los servicios de atención preventiva de rutina combinados. No se aplicará ningún deducible indicado en el Plan.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Exámenes físicos de rutina (para las personas cubiertas de 24 meses de edad o mayores) realizados en el ambulatorio de un hospital o en la oficina o clínica de un médico. Los servicios cubiertos incluyen cualquier vacuna de rutina relacionada, gastos de laboratorio y radiografías para el examen físico de rutina.
- Prestaciones para la detección sistemática del cáncer
- Cualquier servicio definido y requerido como preventivo según la ley federal vigente en el momento del servicio.

PARA DEJAR DE FUMAR

El Plan paga el tratamiento para dejar de fumar recibido junto con el consumo de tabaco, incluida la masticación, siempre que:

- El parche de nicotina u otro elemento disuasorio del tabaquismo utilizado se realice junto con un programa de modificación de la conducta
- El Plan reciba el certificado por escrito del médico de que se ha completado el programa

Las recetas deben obtenerse a través de la prestación por receta. Los servicios cubiertos incluyen:

- Parches de nicotina o cualquier otro producto disuasorio del tabaquismo, que requieren receta escrita de un médico
- Un programa de modificación del comportamiento (distinto de la hipnosis) al que se asista junto con el parche de nicotina u otro elemento disuasorio del tabaquismo

CUIDADO DE NIÑOS SANOS

(Para hijos dependientes hasta la edad de 24 meses.)

Si su hijo dependiente incurre en gastos de niño sano por los siguientes servicios, el Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos incurridos en los dos primeros años de vida del niño.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Los servicios de atención médica preventiva prestados por un médico en el ambulatorio de un hospital, en la oficina de un médico o en una clínica
- Inoculaciones preventivas, que incluyen pero no se limitan a:
 - Inoculaciones contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, las paperas y la rubéola
 - Vacuna oral contra la poliomielitis
 - Pruebas de detección de la tuberculosis
- Servicios requeridos y definidos por la ley federal en el momento del servicio

Excepciones: el Plan no pagará:

- Un examen médico rutinario realizado mientras la persona cubierta se encuentre recluida como paciente residente en un hospital
- Los servicios de atención médica preventiva prestados mientras un hijo dependiente esté internado como paciente residente en un hospital
- Cualquier gasto que se pague en virtud de cualquier otra estipulación del Plan

USO DE MEDICAMENTOS NO APROBADOS

Si usted o sus dependientes incurren en gastos por medicamentos, incluida su administración, que no hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para una indicación concreta, el Plan pagará el gasto incurrido en las mismas condiciones que cualquier otro medicamento cubierto,

siempre que el medicamento esté reconocido como eficaz para el tratamiento de dicha indicación:

- En uno de los compendios de referencia estándar
- En la mayoría de la literatura médica relevante revisada por expertos si no está reconocido en uno de los compendios de referencia estándar
- Por el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos

Excepciones: salvo que la ley exija lo contrario para los ensayos clínicos aprobados según 42 U.S.C. § 300gg-8, el Plan no pagará por:

- Cualquier medicamento cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) haya determinado que su uso está contraindicado
- Medicamentos experimentales no aprobados para ninguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”)
- Todo lo excluido en virtud de las exclusiones y limitaciones generales; no obstante, no se aplicará ninguna exclusión que entre en conflicto con las prestaciones previstas en las presentes estipulaciones

PRUEBAS PRENATALES PARA TRASTORNOS CONGÉNITOS

Si una participante incurre en gastos para el diagnóstico prenatal de trastornos congénitos del feto mediante procedimientos de cribado y diagnóstico, las prestaciones se pagarán en virtud del Plan de la misma manera que para cualquier otra enfermedad.

MATERNIDAD

Si una participante es hospitalizada como paciente interna residente para dar a luz, incluida cualquier atención de seguimiento posterior al parto, el Plan pagará las prestaciones del mismo modo y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.

Las prestaciones serán conformes a la práctica médica aceptada, según lo recomendado por el médico que atienda el parto (incluida una enfermera Partera licenciada, un asistente médico licenciado o una enfermera profesional registrada avanzada licenciada), en consulta con la madre.

Los cuidados de seguimiento tras el parto incluyen, entre otros, las consultas de una agencia de salud a domicilio autorizada o de una enfermera diplomada.

El recién nacido estará asegurado automáticamente durante los 60 días siguientes al parto, aunque sea ingresado por separado en el hospital. Tras dicho periodo de 60 días, el hijo recién nacido estará asegurado de conformidad con las estipulaciones de elegibilidad de dependientes del plan.

Las prestaciones se pagarán únicamente si el embarazo de la persona cubierta está asegurado por el Plan.

DIABETES

Si usted o sus dependientes son personas diabéticas e incurren en gastos por los siguientes equipos y suministros para el tratamiento de la diabetes, las prestaciones se pagarán del mismo modo y estarán sujetas a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.

Los equipos y suministros para la diabetes incluyen, entre otros:

- Medidores de glucosa en sangre
- Tiras reactivas para medidores de glucosa en sangre (limitadas a 6 tiras reactivas al día), lectura visual y tiras reactivas para orina
- Insulina
- Accesorios para inyecciones
- Jeringuillas
- Bombas de insulina y accesorios para las bombas
- Dispositivos de infusión de insulina
- Agentes orales con receta para controlar los niveles de azúcar en sangre
- Aparatos para el cuidado de los pies para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes
- Estuches de emergencia de glucagón
- Si usted o sus dependientes incurren en gastos de capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes en régimen ambulatorio, incluida la terapia médica nutricional, las prestaciones se pagarán de la misma forma y estarán sujetas a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto

Excepciones: el plan no pagará:

- Cualquier gasto no recomendado o recetado por un médico u otro proveedor de atención médica autorizado
- Cualquier gasto que se pague en virtud de cualquier otra estipulación del Plan
- Cualquier cosa excluida en virtud de las Exclusiones y limitaciones generales; salvo que no se excluirá ningún aparato podológico de los enumerados anteriormente

TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Tenga en cuenta que los trasplantes de órganos requieren autorización previa. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener información adicional.

CIRUGÍA DE PÉRDIDA DE PESO (BARIÁTRICA)

El Plan cubre la cirugía de pérdida de peso médicamente necesaria (según lo determine el Plan) sólo cuando esté autorizada previamente. La aprobación se basa en criterios específicos adoptados por el Plan y su red de proveedores; comuníquese con el administrador del fideicomiso para conocer dichos criterios. La norma más reciente sobre cirugía bariátrica aprobada el 29 de julio de 2022, indica los criterios detallados del Plan para la aprobación de la cirugía bariátrica o de

pérdida de peso, está disponible a través del administrador del fideicomiso. La Mesa Directiva del Plan se reserva el derecho de cambiar los criterios contenidos en la Norma de Cirugía Bariátrica en cualquier momento.

CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA

Nota: La cirugía de reducción de mamas requiere autorización previa.

El Plan proporciona prestaciones para la cirugía de reducción de mamas; para obtener información detallada sobre el programa, las prestaciones y los requisitos, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener una copia de la norma de reducción de mamas del proveedor PPO nacional.

MASTECTOMÍA

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer de 1998 exige que el Plan proporcione prestaciones para los servicios relacionados con la mastectomía por enfermedad o cáncer, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones derivadas de la mastectomía, incluido el linfedema.

El Plan proporciona cobertura para las mastectomías profilácticas cuando estén médicamente indicadas. El Plan aplica criterios de necesidad médica para juzgar si una mastectomía profiláctica está médicamente indicada. Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener una copia de los criterios actuales.

EMERGENCIA MÉDICA

Si usted o sus dependientes requieren servicios de urgencia por una emergencia médica, el Plan pagará los gastos incurridos de la misma manera y sujetos a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.

- Los servicios no médicos de urgencia prestados en un centro hospitalario pueden estar sujetos a un copago de \$100.

ANTICONCEPTIVOS

Por medicamentos o dispositivos anticonceptivos se entienden los medicamentos o dispositivos que previenen los embarazos no deseados, incluidos, entre otros:

- Anticonceptivos orales
- DIU
- Implantes anticonceptivos
- Cualquier medicamento, dispositivo o método similar

Si un participante recibe medicamentos o dispositivos anticonceptivos, incluido cualquier servicio asociado al uso de dicho medicamento o dispositivo, el Plan pagará el gasto incurrido de la misma manera y sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que cualquier otro servicio cubierto.

El medicamento o dispositivo anticonceptivo:

- Requiere la receta escrita de un médico

- Debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) para su uso como anticonceptivo
- La extracción de un DIU está sujeta a la revisión de la necesidad médica. La extracción de estos dispositivos sólo se cubrirá si está médicamente indicada.

El Plan cumple con la parte de los Servicios de Salud de la Mujer de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, cuando sea necesario.

CIRUGÍA DE TRANSFORMACIÓN DE SEXO

Tenga en cuenta que la cirugía de transformación de sexo requiere autorización previa.

El Plan brinda prestaciones para la cirugía de transformación de sexo para participantes mayores de dieciocho (18) años; para obtener detalles sobre el programa, las prestaciones y los requisitos, comuníquese con el administrador del fideicomiso para obtener una copia de la norma de cirugía de transformación de sexo del proveedor PPO nacional.

Nota: La cobertura del Plan para la cirugía de transformación de sexo se limita a una cirugía de este tipo en la vida del participante.

TRATAMIENTO PARA LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Tenga en cuenta lo siguiente: El tratamiento para la disfunción sexual requiere autorización previa.

El Plan proporciona prestaciones para la disfunción sexual y la disfunción eréctil a los participantes mayores de dieciocho (18) años; para obtener información detallada sobre el programa, las prestaciones y los requisitos, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener una copia de la norma de tratamiento para la disfunción sexual del proveedor PPO nacional.

TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PARA PACIENTES EXTERNOS

Esta sección describe el Programa de Preservación de las Prestaciones de Diálisis del Plan (el “Programa de Diálisis”). El Programa de Diálisis será el medio exclusivo para determinar la cantidad de las prestaciones del Plan que se proporcionarán a las Personas Cubiertas y para administrar los casos y las reclamaciones relacionadas con los servicios y suministros de diálisis, independientemente de la enfermedad que provoque la necesidad de diálisis.

A. Razones para el Programa de Diálisis. El Programa de Diálisis se ha establecido por las siguientes razones:

1. La concentración de proveedores de diálisis en el mercado en el que residen los miembros del Plan puede permitir a dichos proveedores ejercer un control sobre los precios de los productos y servicios relacionados con la diálisis,
2. La posibilidad de discriminación por parte de los proveedores de diálisis contra el Plan por tratarse de un plan de salud no gubernamental y no comercial, discriminación que puede dar lugar a un aumento de los precios de los productos y servicios relacionados con la diálisis que se cobran a los miembros del Plan,

3. Pruebas de (i) una inflación significativa de los precios cobrados a los miembros del Plan por los proveedores de diálisis, (ii) el uso de ingresos procedentes de reclamaciones pagadas en nombre de los miembros del Plan para subvencionar precios reducidos a otros tipos de pagadores como incentivos, y (iii) la focalización específica del Plan y otros planes no gubernamentales y no comerciales por parte de los proveedores de diálisis como centros de beneficios, y
4. La obligación fiduciaria de preservar los activos del Plan contra cargos que (i) excedan el valor razonable debido a factores no beneficiosos para los miembros del Plan, como la concentración del mercado y la discriminación en los cargos, y (ii) sean utilizados por los proveedores de diálisis para fines contrarios a los intereses de los miembros del Plan, como subvenciones a otros planes y obtención discriminatoria de ganancias.

B. Componentes del Programa de Diálisis. Los componentes del Programa de Diálisis son los siguientes:

1. *Aplicación.* El Programa de Diálisis se aplicará a todas las reclamaciones presentadas por, o en nombre de, los miembros del Plan para el reembolso de los productos y servicios prestados con fines de diálisis ambulatoria, independientemente de la enfermedad que cause la necesidad de diálisis (“reclamaciones relacionadas con la diálisis”).
2. *Reclamaciones afectadas.* El Programa de Diálisis se aplicará a todas las reclamaciones relacionadas con la diálisis recibidas por el Plan a partir del 1 de noviembre de 2017, independientemente de cuando se incurrió en los gastos relacionados con dicha reclamación o cuándo el Plan recibió la reclamación inicial por dichos productos o servicios con respecto al miembro del Plan.
3. *Revisión obligatoria de costos.* Todas las reclamaciones relacionadas con la diálisis estarán sujetas a una revisión de costos por parte del Administrador del Fideicomiso para determinar si los cargos indican los efectos de la concentración del mercado o la discriminación en los cargos. Para ello, el administrador fiduciario tendrá en cuenta los siguientes factores:
 - i. *Concentración del mercado:* El Administrador del Fideicomiso considerará si el mercado de productos y servicios de diálisis ambulatoria está lo suficientemente concentrado como para permitir a los proveedores ejercer control sobre los cargos debido a la competencia limitada, sobre la base de datos y autoridades razonablemente disponibles. A los efectos de esta consideración, múltiples centros de diálisis bajo propiedad o control común se contarán como un único proveedor.
 - ii. *Discriminación en las tarifas:* El Administrador del Fideicomiso considerará si los reclamos reflejan una potencial discriminación contra el Plan, mediante la comparación de los cargos en dichos reclamos contra los datos razonablemente disponibles acerca de los pagos a los proveedores de diálisis ambulatoria por parte de planes gubernamentales y comerciales por los mismos bienes y servicios o materialmente comparables.
4. En caso de que la revisión de los cargos por parte del Administrador del Fideicomiso indique una probabilidad razonable de que la concentración del mercado y/o la discriminación en los cargos hayan sido un factor material que haya dado lugar a un aumento de los cargos por productos y/o servicios de diálisis ambulatoria para los reclamos relacionados con la diálisis que se encuentran bajo revisión, el Administrador del Fideicomiso podrá, a su exclusivo criterio, determinar que existe una probabilidad razonable de que los cargos excedan el valor razonable de los bienes y/o servicios. Sobre la base de dicha determinación, el Administrador Fiduciario podrá someter los reclamos y todos los reclamos futuros por productos y servicios de diálisis ambulatoria del mismo proveedor con respecto al afiliado del Plan, a las siguientes limitaciones de pago, en las siguientes condiciones:
 - i. Cuando el Administrador del Fideicomiso lo considere apropiado a fin de minimizar los trastornos y las cargas administrativas para el afiliado al Plan, los reclamos relacionados con diálisis recibidos antes de la determinación de la revisión de costos podrán pagarse, aunque no es obligatorio, a la tarifa nominal o aplicable de alguna otra manera.
 - ii. Cuando el proveedor sea o haya sido un proveedor participante de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) disponible para los afiliados del Plan, si el Administrador del Fideicomiso determina que deben aplicarse limitaciones de pago, la tarifa pagadera a dicho proveedor estará sujeta a las limitaciones de esta sección.
 - iii. *Beneficio Máximo.* El beneficio máximo del Plan pagadero a los reclamos relacionados con la diálisis sujetos a la limitación de pago será el cargo habitual y razonable por los servicios y/o suministros cubiertos, luego de la deducción de todos los importes pagaderos por coaseguros o deducibles.
 - iv. *Cargo habitual y razonable.* Con respecto a los reclamos relacionados con diálisis, el Administrador del Fideicomiso determinará el Cargo usual y razonable sobre la base del pago promedio realmente efectuado por servicios y/o suministros razonablemente comparables a todos los proveedores de los mismos servicios y/o suministros por todos los tipos de planes en el mercado aplicable durante el año calendario precedente, sobre la base de datos razonablemente disponibles, ajustados por la tasa de inflación nacional de atención médica del Índice de Precios al Consumidor. El Administrador Fiduciario podrá aumentar o disminuir el pago en función de factores relativos a la naturaleza y gravedad de la enfermedad tratada.
 - v. *Información adicional relacionada con el valor de los servicios y suministros relacionados con la diálisis.* El miembro del Plan, o cuando el derecho a los beneficios del Plan haya sido debidamente asignado al proveedor, podrá proporcionar información con respecto al valor razonable de los suministros y/o servicios, por los cuales se reclama el pago, en la apelación de la denegación de cualquier reclamo o reclamos. En caso de

que el Administrador del Fideicomiso, a su exclusivo criterio, determine que dicha información demuestra que el pago por el reclamo o reclamos no reflejó el valor razonable, el Administrador del Fideicomiso aumentará o disminuirá los pagos (según corresponda) hasta el monto del valor razonable, según lo determine el Administrador del Fideicomiso en base a información fidedigna de fuentes identificadas. El Administrador del Plan puede, pero no está obligado a, revisar información adicional de fuentes de terceros para tomar esta determinación.

vi. Todos los cargos deben ser facturados por un proveedor de acuerdo con las normas generalmente aceptadas en la industria.

- 5 *Acuerdos con proveedores.* Cuando corresponda, y se disponga de un proveedor dispuesto y aceptable para el miembro del Plan, el Administrador del Fideicomiso podrá celebrar con el proveedor un acuerdo que establezca las tarifas pagaderas por los bienes y/o servicios de diálisis ambulatoria, siempre que dicho acuerdo identifique esta Sección del Plan y establezca claramente que dicho acuerdo tiene por objeto reemplazar a esta sección.
- 6 *Discrecionalidad.* El Administrador del Fideicomiso tendrá plena autoridad y discreción para interpretar, administrar y aplicar esta sección, en la mayor medida permitida por la ley.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

El Plan no pagará prestaciones por las siguientes exclusiones y limitaciones:

- Cualquier lesión o enfermedad que se produzca como consecuencia o en el transcurso de cualquier relación laboral con cualquier empleador o por la que la persona cubierta tenga derecho a prestaciones en virtud de cualquier ley de indemnización por accidente de trabajo o enfermedad profesional, o reciba cualquier indemnización de una compañía de indemnización por accidente de trabajo u otra fuente de terceros (consulte las disposiciones sobre subrogación que figuran a continuación), pero esta exclusión no se aplica a ninguna prestación por muerte accidental y desmembramiento (“AD&D”, por sus siglas en inglés) ni a ninguna disposición sobre prestaciones por incapacidad semanal (pérdida de tiempo).
- Cualquier gasto que supere los gastos globales usuales, habituales y razonables
- Cualquier gasto por pruebas genéticas, excepto las pruebas genéticas exigidas como servicio preventivo en virtud de la Ley de Atención Médica Asequible
- Cualquier gasto o cargo por servicios o suministros que no sean médicamente necesarios
- Todo gasto en que se incurra una vez finalizada la cobertura (salvo lo dispuesto específicamente en las disposiciones sobre ampliación de prestaciones del Plan)
- Cualquier gasto que no sea consecuencia de una lesión o enfermedad, tal y como se define en la sección de definiciones del Plan, salvo que el Plan cubra específicamente lo contrario (esta excepción sólo se aplica a cualquier muerte accidental y desmembramiento (AD&D))
- Cualquier pérdida, gasto o cargo derivado de la participación de la persona cubierta en un motín o en la comisión de un delito grave
- Cualquier gasto o cargo que el beneficiario no tenga que pagar
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro a menos que figure como servicio cubierto
- Lentes de contacto, salvo lo dispuesto específicamente en el Plan de la vista
- Refracciones oculares o la adaptación o el coste de ayudas visuales o cirugía para corregir la agudeza visual; se permitirá la atención oftalmológica rutinaria para servicios relacionados con enfermedades oculares, incluidas, entre otras, la diabetes, las cataratas y la degeneración macular.
- La adaptación o el coste de audífonos, salvo en los casos específicamente previstos
- Abuso de alcohol y drogas, salvo lo dispuesto en la prestación por dependencia química
- Trastornos mentales, salvo lo dispuesto en la prestación para trastornos mentales
- Cualquier gasto o cargo por no presentarse a una cita según lo programado, o por no cumplimentar el formulario de reclamación o por información adicional solicitada para la tramitación de reclamaciones
- Cualquier gasto o cargo por medicamentos, vitaminas o cualquier otro suplemento no prescrito para una enfermedad, excepto en los casos previstos específicamente
- Cualquier gasto o cargo que tenga una antigüedad superior a 12 meses desde la fecha del servicio
- Servicios y suministros que sean para afecciones relacionadas con la salud del comportamiento, problemas de aprendizaje, trastornos generalizados del desarrollo, retraso en la comunicación, trastornos perceptivos, hospitalización por cambio ambiental o retraso mental, cualquiera de los cuales no esté cubierto de otro modo por la prestación para trastornos mentales u otra prestación
- Servicios o suministros prestados por un proveedor que resida normalmente en su domicilio o esté emparentado con usted por consanguinidad o matrimonio
- Tratamiento de la columna vertebral, salvo lo dispuesto específicamente en la prestación de tratamiento de la columna vertebral
- Cualquier gasto o cargo por cuidados de custodia o de desarrollo

- Cualquier gasto que resulte de una cirugía reconstructiva, excepto
 - Por una lesión
 - Para la reparación de defectos resultantes de una intervención quirúrgica
 - Para la reparación reconstructiva (no cosmética) de un defecto congénito que corrija materialmente una disfunción corporal
- Cualquier gasto que resulte de una cirugía estética
- Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte del control del apetito, adicciones a la comida, trastornos de la alimentación (excepto los casos documentados de bulimia, anorexia u otros trastornos de la alimentación que cumplan los criterios de diagnóstico estándar determinados por nosotros, y presenten problemas médicos sintomáticos significativos, o sean reconocidos de otro modo como un trastorno mental) o cualquier tratamiento de la obesidad (incluida la cirugía para tratar la obesidad mórbida) que no esté cubierto por la prestación de cirugía bariátrica y se considere médicamente necesario
- Cualquier gasto o cargo por calzado ortopédico, aparatos ortopédicos u otros dispositivos de apoyo para los pies, salvo lo dispuesto específicamente en el Plan
- Cualquier gasto o cargo en relación con trabajos dentales, cirugía dental o cirugía oral (a menos que los cargos sean usuales, habituales y razonables como parte de un procedimiento médicamente necesario específicamente proporcionado o requerido por la ley), incluyendo:
 - Tratamiento o sustitución de cualquier diente o estructura dental, proceso alveolar, absceso o enfermedad del tejido periodontal o gingival; o cirugía o ferulización para ajustar la oclusión dental
 - Cualquier gasto o cargo por el tratamiento de trastornos de la articulación de la mandíbula (a menos que esté específicamente previsto)
- Cualquier pérdida, gasto o cargo relacionado con trastornos mentales que se clasifiquen como desviaciones o trastornos sexuales, salvo que las disposiciones de no discriminación de la Ley de Atención Médica Asequible exijan lo contrario
- Cualquier gasto o cargo por el diagnóstico o tratamiento de la fertilidad o infertilidad o promoción de la fertilidad incluyendo (pero no limitado a):
 - Pruebas y procedimientos de fertilidad
 - La reversión de la esterilización quirúrgica
 - Cualquier intento de provocar un embarazo mediante terapia hormonal, inseminación artificial, fecundación in vitro y transferencia de embriones o cualquier tratamiento o método
- Terapia de quelación, salvo en caso de intoxicación aguda por arsénico, oro, mercurio o plomo;
- Cualquier gasto o cargo por servicios o suministros que no se presten de acuerdo con las normas profesionales generalmente aceptadas a nivel nacional;
- A menos que se exija en virtud de 42 U.S.C. § 300gg-8 como parte de un ensayo clínico aprobado (como en el caso de los costes rutinarios de los pacientes), cualquier gasto o cargo por servicios o suministros que:
 - Se consideren medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.
 - Resulten o estén relacionados con la aplicación de dichos medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación
- Cualquier gasto o cargo que sea principalmente para la educación, capacitación o desarrollo de las habilidades necesarias para hacer frente a una lesión o enfermedad, salvo que esté específicamente previsto en el Plan
- Cualquier gasto o cargo que sea principalmente para la conveniencia o comodidad del participante o de su familia, cuidador, médico u otro proveedor médico
- Cualquier gasto o cargo por llamadas telefónicas a o desde un médico, hospital u otro proveedor médico
- Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de los servicios para una incapacidad generalizada del desarrollo, salvo que esté cubierto por la prestación para trastornos mentales. (Cuando el fideicomiso, el personal médico o una parte o entidad capacitada seleccionada por el fideicomiso determine que una hospitalización o consulta se debe principalmente a una incapacidad del desarrollo, algunos servicios como los medicamentos recetados, las radiografías y las pruebas de laboratorio pueden seguir estando cubiertos si son médicamente necesarios y, por lo demás, están cubiertos por el plan. Todas las facturas deben presentarse de forma rutinaria para su consideración).
- Cualquier gasto o cargo por servicios o suministros que sean proporcionados o pagados por el gobierno federal o sus agencias; excepto:
 - La Administración de Veteranos, cuando se presten servicios a un veterano por una incapacidad no relacionada con el servicio.
 - Un hospital o centro militar, cuando se presten servicios a un jubilado (o dependiente de un jubilado) de las fuerzas armadas.
 - Un plan médico grupal establecido por un gobierno para sus propios empleados civiles y sus dependientes.
- Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de un acto de guerra declarada o no declarada.

-
- Cualquier pérdida, gasto o cargo:
 - En que se incurra mientras la persona cubierta se encuentre en servicio activo o capacitación en las fuerzas armadas, guardia nacional o reservas de cualquier estado o país.
 - De los que sea responsable cualquier organismo gubernamental o sus agencias
 - Maternidad para hijos dependientes
 - Asesoramiento matrimonial o familiar
 - Cualquier gasto o cargo por lesión o enfermedad causada por la acción u omisión de otra persona (conocida como tercero) por la que exista una oportunidad potencial de recuperación por parte del tercero, la aseguradora del tercero o cualquier otra póliza de responsabilidad civil, incluidas, entre otras, una póliza de automóvil, una póliza de local comercial, una póliza de propietario de vivienda, una póliza de negligencia médica, una póliza de inquilino o cualquier otra póliza de responsabilidad civil, incluida la póliza de motorista no asegurado o subasegurado de primera persona. El Plan puede acordar adelantar las prestaciones si el participante acepta reembolsar al Plan según lo indicado en el Procedimiento de reembolso del Plan.

PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA

PARA PARTICIPANTES ACTIVOS Y SUS DEPENDIENTES

El Plan de Medicamentos Recetados cubre la mayoría de los medicamentos médicamente necesarios recetados por un proveedor de atención médica capacitado. El Plan está completamente separado del Plan Médico, lo que significa que no tiene que pagar el deducible anual antes de que se paguen las prestaciones del Plan de Medicamentos Recetados.

Cuando necesite que le surtan (o reabastezcan) una receta, salvo que se indique lo contrario a continuación, tiene tres opciones:

1. Acuda a una farmacia participante. Las farmacias participantes cobran un índice de descuento, por lo que normalmente ahorrará dinero. Sólo tiene que presentar su tarjeta de identificación del Plan de Recetas Médicas, pagar su copago y la farmacia presentará una reclamación al Plan por el resto. Para localizar una farmacia participante, llame al administrador del fideicomiso o a Elixir, el gerente de prestaciones farmacéuticas ("PBM", por sus siglas en inglés). (Consulte la información de contacto en la página 1)

- 2. Acuda a una farmacia minorista no participante.** Deberá pagar el importe íntegro en el momento de la compra y, a continuación, presentar una reclamación para que se le reembolse únicamente el índice de descuento (Farmacia participante), menos el copago. Sólo la cantidad del copago se aplicará al desembolso directo máximo.
- 3. Utilice la farmacia de venta por correo.** Esta opción es para las recetas que toma con regularidad, por ejemplo, medicamentos para bajar la tensión arterial o el colesterol. Usted paga su copago cuando hace el pedido y la farmacia de venta por correo presenta una reclamación al Plan por el resto.

NOTA: si usted o su dependiente son elegibles para Medicare y están inscritos en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, el Plan no les proporcionará las prestaciones de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.

! PUNTO CLAVE !

El Plan cubre los medicamentos con receta médicamente necesarios y no requiere un deducible antes de que comiencen las prestaciones.

RESUMEN DE LAS PRESTACIONES DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Sinópsis	Farmacia minorista y especializada	Farmacia de venta por correo
Deducible	No se requiere ninguna.	
Máximo de desembolso directo Lo máximo que pagará en copagos cada año, después de lo cual los copagos quedan exentos durante el resto del año	Las prestaciones estándar: \$5,000/persona Beneficios para encargados de materiales: \$3,300/persona Prestaciones básicas: \$2,850/persona Jubilados: \$4,300 Estándar, encargados de materiales, básico y jubilados: \$5,000/familia	
Límite de suministros El suministro máximo por reabastecimiento*	30 días**	90 días
Recetas genéricas preferidas	\$0	\$0
Recetas genéricas	\$5 o 15% de copago hasta \$50, lo que sea mayor, por mes	\$12.50 o 15% de copago hasta \$125, lo que sea mayor, por mes
Recetas de marca del formulario	\$20 o 25% de copago hasta \$150, lo que sea mayor, por mes	\$50 o 25% de copago hasta \$375, lo que sea mayor, por mes
Recetas de marcas no incluidas en el formulario	\$20 o 50% de copago, lo que sea mayor, por mes	\$50 o 50% de copago, la cantidad que sea mayor, por mes

*Las recetas especializadas están limitadas a un suministro para 30 días. Los medicamentos para la disfunción eréctil están sujetos a un límite de 10 pastillas para 30 días.

**Los medicamentos genéricos de mantenimiento recurrente pueden surtirse para un suministro de 90 días con 3 copagos mensuales (\$15 o 15%, lo que sea mayor, hasta \$150).

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA; CIERTOS MEDICAMENTOS OPIÁCEOS NO ESTÁN CUBIERTOS

Elixir, el PBM, exigirá autorización previa para todos los medicamentos compuestos y productos químicos. Además, no se permitirá ningún medicamento compuesto que supere los \$75, y se excluirán los ingredientes específicos que se estén utilizando fuera de la etiqueta aprobada por la FDA para ese medicamento o que no estén aprobados para uso humano.

Elixir, el PBM, exigirá autorización previa para muchos medicamentos que se ha demostrado que tienen una cantidad significativa de uso fuera de la etiqueta, así como para todos los medicamentos que superen los \$1,000 en una farmacia minorista o los \$2,000 a través de una farmacia de venta por correo.

Elixir, el PBM, exigirá autorización previa para los medicamentos narcóticos que tengan potencial de abuso. Todos los medicamentos opiáceos están sujetos a autorización previa para garantizar que se utilizan adecuadamente. Además, varios medicamentos narcóticos de alta potencia, incluidos Zohydro, Fentanyl y Actiq, están sujetos a autorización previa, que deberá renovarse cada tres meses en lugar del periodo estándar de 12 meses.

El OxyContin y sus formas derivadas (incluidos los medicamentos a base de oxycodona) y algunos otros medicamentos opiáceos relacionados sólo están cubiertos para el tratamiento de una enfermedad terminal, el control del dolor al final de la vida y durante no más de 7 días para administrar el dolor postoperatorio.

Por lo demás, el Plan no cubre estos medicamentos.

PENALIZACIÓN POR DISPENSAR SEGÚN LO ESCRITO

Se aplicará una penalización por “dispensación según lo escrito” (DAW) salvo que lo solicite el doctor que receta. La penalización es el coaseguro del nivel más alto más la diferencia de coste de los ingredientes cuando lo solicite el paciente/miembro en la farmacia.

LIMITACIONES DEL SUMINISTRO PARA DÍAS

- El suministro máximo de días permitido en las farmacias minoristas es de 30 días para los medicamentos de marca y de 90 días para los medicamentos genéricos.
- El suministro máximo de días permitido en la farmacia de venta por correo es de 90 días.
- El suministro máximo de días permitido para las recetas especializadas es de 30 días.

Si compra más de estas cantidades de un medicamento el mismo día, el Plan no cubrirá ningún gasto que supere el límite de suministro.

El Plan cubre los reabastecimientos de recetas sólo cuando no quede más del 25% del suministro para días, basado en la orden escrita del médico.

COORDINACIÓN DE PRESTACIONES

Este plan de medicamentos recetados no coordina las prestaciones con ninguna otra cobertura de prestaciones.

FARMACIAS PARTICIPANTES

El Fideicomiso publicará periódicamente una lista actualizada de las farmacias participantes. Para obtener la lista actualizada de farmacias participantes, consulte la información de contacto en el interior de la portada. El Fideicomiso también proporcionará tarjetas de identificación de recetas a los participantes.

El Fideicomiso no supervisa, controla ni garantiza los servicios de ninguna farmacia participante ni de otros proveedores. Asegúrese de obtener los medicamentos en una farmacia participante.

FARMACIAS NO PARTICIPANTES

Cuando elija una Farmacia No Participante, deberá pagar a la farmacia el cargo completo en el momento de la compra y luego presentar un Formulario de Reclamación de Medicamentos No Participantes como se indica en el interior de la portada.

El Plan le reembolsará según el índice negociado de la Farmacia Participante, menos el copago adecuado. Por lo general, esto significa que pagará más por la receta que si eligiera una Farmacia Participante. Sólo sus copagos se aplicarán a los \$5,000 de costos máximos anuales de desembolso directo. La diferencia entre el reembolso más el copago y el cargo real de la receta no se aplicará a la cantidad máxima anual de gastos de su bolsillo.

FARMACIA DE VENTA POR CORREO

Disfrute de la comodidad de la entrega a domicilio utilizando la venta por correo. La entrega es gratuita y puede reabastecer un suministro de 90 días, ahorrándole viajes a la farmacia. Siga los pasos que se indican a continuación para empezar.

La farmacia de venta por correo surte automáticamente sus recetas con un medicamento genérico siempre que sea posible. Si su médico especifica un medicamento de marca y escribe “dispensar como está escrito” (DAW) en la receta, el farmacéutico surtirá su receta con el medicamento de marca en lugar de surtirla con un medicamento genérico. Sin embargo, el farmacéutico puede llamar a su médico para solicitarle la aprobación para surtir su receta con un medicamento genérico.

Llame al número que aparece en el interior de la portada:

- Para información sobre cómo hacer su primer pedido
- Para pedir reabastecimientos
- Para consultar a un farmacéutico de urgencias—siete días a la semana, 24 horas al día

CÓMO EMPEZAR CON LA VENTA POR CORRESPONDENCIA

1. Solicite un cuestionario sobre el perfil del paciente y un sobre, al administrador del fideicomiso o a la oficina local de su Sindicato.
2. Complete un cuestionario de perfil del paciente para cada miembro de la familia que vaya a utilizar este programa. El cuestionario pide información sobre el historial médico de cada participante, su grupo sanguíneo, alergias y cualquier otro medicamento que esté tomando (con receta o sin receta). Esta información se archiva y se

comprueba con cada receta. Puede actualizar su perfil cuando lo desee incluyendo cualquier cambio en su estado de salud con la receta. Nuestro número de grupo/nombre es **PAINTER**.

3. Completo la información solicitada en el formulario/sobre. Asegúrese de incluir toda la información requerida, incluido el nombre del médico.
4. Si va a obtener una nueva receta, pídale a su médico que le recete un suministro de hasta 90 días del medicamento de mantenimiento con el número adecuado de reabastecimientos.
5. Si está solicitando un reabastecimiento, haga su pedido de reabastecimiento al menos dos semanas antes de que se le acabe la receta. Con cada receta se incluirá una notificación que le indicará cuántos reabastecimientos le quedan. Asegúrese de ponerse en contacto con su médico para solicitar una nueva receta cuando pida su último reabastecimiento.
6. Envíe su receta (y el cuestionario si es su primer pedido o solicitud de reabastecimiento) y el copago adecuado en el sobre. Llame para obtener una estimación de la cantidad de su copago. Puede pagar con cheque, giro postal, tarjeta MasterCard, Visa o Discover; si utiliza una tarjeta de crédito, incluya el número de la tarjeta y la fecha de caducidad. No envíe dinero en efectivo.
7. Su receta será entregada en su domicilio en un plazo de dos semanas por United Parcel Service (UPS) o por correo de EEUU. Con cada receta, recibirá un sobre con franqueo pagado que podrá utilizar para pedir reabastecimientos.

FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

Los medicamentos especializados son normalmente fármacos de alto costo especialmente formulados para tratar afecciones complejas. A menudo estos medicamentos requieren una manipulación especial y se administran mediante inyección. La Fundación exige una autorización previa para determinar la necesidad médica de muchos de estos medicamentos. Para obtener información sobre medicamentos y afecciones específicas, póngase en contacto con Arquímedes, el PBM especializado. Tenga en cuenta que los medicamentos especializados están limitados a un suministro para 30 días. Los medicamentos especializados también pueden estar sujetos a autorización previa y a terapia escalonada. Las recetas de medicamentos especializados deben surtirse a través de Arquímedes.

Las recetas para el tratamiento de la hepatitis C deben surtirse a través de Arquímedes. Esto incluye, entre otros, Harvoni, Sovaldi y Viekira.

Además, con el fin de permitir que el Plan aproveche en mayor medida las ayudas disponibles para el copago financiadas por el fabricante, los copagos de determinados medicamentos especializados podrán aumentarse hasta el máximo del diseño actual del plan (basado en si el medicamento especializado concreto está clasificado por el Plan como medicamento de marca o genérico, del formulario o fuera del formulario) o de la cantidad de copago establecida para cualquier ayuda disponible para el copago financiada por el

fabricante. Sin embargo, en ningún caso los verdaderos costos de desembolso directo para el participante serán superiores al copago máximo publicado anteriormente. Por último, la ayuda al copago financiada por el fabricante que se reciba no se considerará ni se acreditará como un verdadero costo de desembolso directo para los participantes y no se aplicará a los deducibles ni a los máximos de desembolso directo.

TERAPIA ESCALONADA

La terapia escalonada requiere iniciar el tratamiento con la terapia farmacológica más rentable y segura y progresar a otras terapias más costosas sólo si son médicamente necesarias y se aprueban mediante el procedimiento de autorización previa.

Ciertos medicamentos, incluidas las clases de terapia que se indican a continuación, están sujetos a la terapia escalonada.

Clase de terapia	Afección
ARBs	Corazón y presión arterial alta
Cox II	Inflamación/Dolor
ISRS/ISRSN	Depresión
IBP	Acidez estomacal
Estatinas	Colesterol
AINE	Alivio del dolor con receta
Gota	Gota

Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento o desea saber más sobre los medicamentos específicos afectados por la terapia escalonada, llame al Servicio al Cliente de Arquímedes al (888) 504-5563.

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

El Plan de medicamentos recetados cubre ciertos medicamentos de venta libre (“OTC”) cuando usted tiene una receta escrita por un doctor:

- Inhibidores de la bomba de protones (por ejemplo, Prevacid OTC, equivalentes genéricos)
- Antihistamínicos no sedantes (por ejemplo, Zyrtec, Zyrtec-D, Claritin, Claritin-D y sus equivalentes genéricos)
- Jarabe para la tos con codeína

Los medicamentos de venta libre cubiertos por el Plan se procesan como cualquier otro medicamento que compre en el marco del Plan. Debe presentar su tarjeta de identificación del Plan de medicamentos recetados en la farmacia cuando compre estos medicamentos OTC.

EXCLUSIONES DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS

El Plan de medicamentos recetados excluye (no cubre) los siguientes artículos:

- Jeringuillas, que no sean para uso con insulina
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para la obesidad
- Artículos de venta libre (salvo que el Plan disponga lo contrario)
- Artículos para el crecimiento del cabello (por ejemplo, Rogaine)
- Medicamentos que, según los niveles internos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”, por sus siglas en inglés), se hayan determinado como “menos que eficaces” de conformidad con la Aplicación del Estudio sobre la Eficacia de los Medicamentos (“DESI”, por sus siglas en inglés)
- Medicamentos con receta que también se pueden adquirir sin receta médica
- Cualquier receta o reabastecimiento que, considerado individual o acumulativamente dentro de un plazo, autorice dosis que excedan las recomendaciones de la FDA o del fabricante
- Cualquier medicamento utilizado para un fin que se considere no médicamente necesario
- Medicamentos dispensados directamente al participante por el médico, incluso si éste los cobra aparte
- Medicamentos dispensados directamente a un participante mientras es paciente de un hospital, centro de enfermería especializada, residencia de ancianos u otra institución de atención médica
- Artículos no farmacéuticos, como anticonceptivos mecánicos, agentes de inmunización, gotas nasales, gammaglobulina, aparatos, artículos no farmacéuticos o medicamentos inyectables administrados normalmente por un médico o enfermero;
- Medicamentos dispensados antes de la entrada en vigor de la cobertura del participante o después de que ésta haya terminado
- Vitaminas con receta médica
- Todo lo excluido en la sección Exclusiones y limitaciones generales de la sección Plan médico del plan.

PLAN DENTAL

El Plan tiene acuerdos contractuales con Proveedores Preferidos. En virtud de estos acuerdos, determinados proveedores han aceptado cargos con descuento.

Un “cargo con descuento” es la cantidad que un proveedor ha acordado aceptar como pago total por los servicios o suministros de atención médica cubiertos.

Las reclamaciones en virtud del plan y cualquier deducible, copago (basado en el porcentaje del cargo), coaseguro y máximos de prestaciones descritos en el plan se determinarán basándose en el cargo con descuento.

Podrá elegir a cualquier dentista colegiado para que le preste los servicios. El Plan paga hasta una cantidad específica por los servicios cubiertos, tal y como se indica en el horario dental de los servicios cubiertos (disponible previa solicitud al administrador del fideicomiso

o en la página web www.IUPATWesternBenefits.org)

Muchos dentistas presentarán una reclamación por usted cuando presente su tarjeta de identificación del Plan Médico. Sin embargo, es posible que tenga que pagar la cantidad total y luego presentar una reclamación al Plan para su reembolso. Si recurre a un dentista de la PPO, el Plan pagará las prestaciones según el nivel de coaseguro aplicable hasta la cantidad permitida por la PPO, y es posible que usted deba hacerse cargo del cargo restante.

Primero deberá alcanzar el deducible anual antes de que el Plan pague las prestaciones. A continuación, el Plan pagará los gastos del dentista hasta la cantidad indicada en el horario dental permitido, disponible a través del administrador del fideicomiso o en la página web www.IUPATWesternBenefits.org.

La participación en el Plan Dental se basa en el acuerdo de negociación con cada Empleador, o en el plan con el que se jubiló; póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para confirmar su participación.

RESUMEN DE PRESTACIONES DENTALES

Sinópsis

Deducible

La cantidad de servicios cubiertos que debe pagar cada año antes de que el Plan pague las prestaciones

\$25/persona

Prestación máxima

Lo máximo que el Plan paga por persona y año civil

\$2,000/persona

Servicios cubiertos

Dentro de la Red (% de los gastos contratados)*

Fuera de la Red (% de lo usual, habitual y razonable)

Clase I: Servicios de diagnóstico y preventivos

Exámenes bucales de rutina, limpieza dental y tratamiento con flúor (hasta dos veces por año civil)
Radiografías y selladores (siguiendo las pautas de frecuencia)

100%

75%

Clase II: Servicios de restauración

Extracciones, cirugía oral, empastes, periodoncia y endodoncia, coronas

80%

60%

Clase III: Servicios de prostodoncia

Dentaduras postizas y puentes

60%

50%

Ortodoncia

Sólo disponible para hijos dependientes elegibles de hasta 26 años que hayan estado inscritos en el Plan Dental el primer día del mes siguiente a un periodo de 9 meses durante el cual usted haya sido elegible durante 6 meses

El plan paga el 15% de todo el costo como pago inicial cuando se produce el anillamiento y el 50% de la cuota mensual de ajuste
Máximo de por vida de \$2,000/persona

Equipo de protección personal (EPP)

Las prestaciones de equipo de protección personal se considerarán prestaciones dentales cubiertas a partir del 1 de marzo de 2020.

Máximo de por vida de \$2,000/persona

El plan cubrirá el EPP al 100% de los gastos facturados hasta un máximo de \$10/consulta

*Los dentistas contratados por la red Careington Maximum Care no pueden cobrar a los participantes ninguna cantidad por encima del índice contractual. Para los procedimientos de Clase II y Clase III, los participantes serán responsables de la cantidad contratada por encima de lo que pague el Plan.

La participación en el Plan Dental se basa en el acuerdo de negociación con cada Empleador o bajo el cual se jubiló; por favor contacte al Administrador del Fideicomiso para confirmar su participación. Las prestaciones dentales están excluidas de las prestaciones de los encargados de materiales y del Plan Básico. Las personas jubiladas deben elegir estas prestaciones en el momento de la inscripción inicial en el Programa de Prestaciones para Jubilados o 60 días antes de ser elegibles a Medicare, si así lo desean y no lo han elegido previamente.

SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

- Exámenes bucales de rutina, pero no más de dos veces en un año civil
- Profilaxis de rutina (limpieza y raspado de los dientes) por un dentista o higienista dental, pero no más de dos veces en un año civil
- Tratamiento con flúor por un dentista o higienista dental, pero no más de dos veces en un año civil
- Radiografías dentales, pero no más de:
 - Una radiografía panorámica en cualquier periodo de tres años civiles consecutivos
 - Una serie de radiografías de toda la boca en cualquier período de tres años civiles consecutivos
 - Cuatro radiografías suplementarias de las aletas de mordida en un año civil
- Mantenedores de espacio
- Selladores dentales aplicados en el primer y segundo molar permanente, pero sólo:
 - Para su dependiente menor de 16 años
 - Cuando los dientes no hayan sido tratados con selladores durante al menos cuatro años

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

- Extracciones
- Cirugía oral
- Empastes
- Procedimientos periodontales (tratamiento de la zona que rodea al diente)
- Procedimientos endodónticos (tratamiento de la pulpa dental, por ejemplo endodoncias)
- Tratamiento de emergencia para el alivio del dolor dental
- Coronas y sustitución de una restauración con corona cuando la corona original se colocó más de cinco años antes de la sustitución

- Anestesia general administrada en relación con los servicios odontológicos cubiertos

NOTA: Las coronas e incrustaciones de oro o metales no preciosos están cubiertas si los materiales de obturación habituales no son satisfactorios.

Si opta por una corona o una incrustación en lugar de un empaste, el Plan pagará como si se tratara de una restauración de amalgama.

SERVICIOS DE PROSTODONCIA

- La primera colocación de prótesis removibles totales o parciales, prótesis provisionales o puentes fijos (incluidos los ajustes durante el periodo de seis meses posterior a la colocación).
- La colocación debe ser necesaria como consecuencia de la extracción de uno o más dientes naturales. La prótesis o puente debe incluir la sustitución de los dientes extraídos; el Plan no pagará la sustitución de terceros molares (muelas del juicio).
- La sustitución o alteración de dentaduras postizas completas o parciales o puentes fijos que sean necesarios debido a una intervención quirúrgica bucal:
 - Resultante de un accidente
 - Para la recolocación de inserciones musculares
 - Para la extirpación de un tumor, quiste, torus o tejido redundante
- La cirugía debe realizarse mientras usted o su dependiente estén cubiertos; la sustitución o alteración debe completarse en un plazo de 12 meses a partir del día de la cirugía
- La sustitución de una dentadura completa que sea necesaria debido a:
 - Un cambio estructural dentro de la boca y cuando hayan transcurrido más de cinco años desde la colocación anterior
 - La primera colocación de una dentadura completa opuesta cuando la colocación tenga lugar después de que el individuo haya estado cubierto por esta estipulación durante dos años o más
 - La colocación previa de una dentadura inmediata o temporal cuando la sustitución se produce en los 12 meses siguientes a la colocación inicial
- La adición de dientes a, o la sustitución de, una dentadura postiza removible parcial o total existente o un puente fijo cuando:
 - La sustitución o adición sea necesaria para reemplazar uno o más dientes naturales adicionales.
 - La dentadura o puente existente se colocó al menos cinco años antes de su sustitución
- Incrustaciones y aditamentos de precisión para dentaduras postizas
- Reparación o rebasado de coronas, incrustaciones, puentes o dentaduras postizas, incluido el rebasado o rebasado de dentaduras postizas

ORTODONCIA

(sólo para hijos dependientes)

Las prestaciones de ortodoncia sólo están disponibles para los hijos Dependientes elegibles de hasta 26 años que hayan estado inscritos en el Plan Dental el primer día del mes siguiente a un periodo de 9 meses durante el cual usted haya sido elegible durante 6 meses. Los servicios cubiertos incluyen la instalación inicial y posterior de aparatos de ortodoncia y todos los tratamientos de ortodoncia para la reducción o eliminación de la maloclusión y las secuelas que conlleva mediante la corrección de los dientes mal colocados.

Las prestaciones de ortodoncia se pagan si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Antes de iniciar el tratamiento, el dentista diagnostica la necesidad del tratamiento y presenta al Fideicomiso un plan de tratamiento que indique una condición de maloclusión incapacitante que sea corregible.
- El Plan da su autorización para el plan de tratamiento del dentista
- Se aplica uno de los siguientes diagnósticos:
 - Versión bucolingual extrema de los dientes
 - La protrusión de los dientes anteriores maxilares es superior a 4mm
 - El arco maxilar o mandibular está en relación protrusiva o retrusiva con respecto a una cúspide
 - La mala alineación de los dientes interfiere con la función o crea una marcada deformidad facial
- El dentista adquiere y mantiene registros, incluidas radiografías, fotografías y modelos, adecuados para mostrar el estado bucodental del paciente antes y después del tratamiento y disponibles a petición del Plan, para verificar el diagnóstico y que las necesidades y el tratamiento de ortodoncia están dentro del ámbito de estas estipulaciones de ortodoncia.

Las prestaciones de ortodoncia no incluyen la cobertura de:

- Ortodoncia realizada exclusivamente en dientes primarios
- Sustitución o reparación de cualquier aparato suministrado en relación con el tratamiento
- Cualquier servicio para el que se prevea una prestación en virtud de otras estipulaciones del Plan Dental
- Consulta o planificación del tratamiento, excepto la planificación en relación con el tratamiento autorizado por el Fideicomiso en virtud de las presentes estipulaciones
- Cualquier incumplimiento de una cita
- Gastos incurridos una vez terminada la cobertura de las prestaciones de ortodoncia
- Gastos incurridos después de que terminen las estipulaciones de ortodoncia en virtud del Plan

NOTA: Para determinar las prestaciones de un tratamiento en curso cuando comienza o termina la cobertura, los gastos de un servicio se consideran efectuados en la fecha en que se realiza el servicio.

AUTORIZACIÓN PREVIA DE SERVICIOS DENTALES EXTENSOS

La autorización previa de las prestaciones le ayuda a determinar el desembolso directo antes de recibir servicios odontológicos extensos. Pida a su dentista que envíe un formulario de reclamación, indicando todos los procedimientos necesarios para completar el tratamiento, incluido el Cargo por cada procedimiento.

El Plan confirmará entonces su elegibilidad y determinará las prestaciones de los procedimientos, para que usted sepa cuánto pagará el Plan y cuáles serán sus desembolsos directos.

Cuando el Plan devuelva el formulario a su dentista, éste se pondrá en contacto con usted para organizar el tratamiento. El tratamiento deberá completarse en un plazo de 60 días a partir de la fecha de recepción de la autorización previa.

HOSPITALIZACIÓN AMBULATORIA PARA TRATAMIENTOS DENTALES

El Plan cubre la hospitalización ambulatoria y la anestesia en algunos casos cuando un niño de hasta 11 años se somete a un tratamiento dental extenso.

CONDICIONES

Los servicios odontológicos deben ser realizados por un dentista autorizado e incluyen todos los suministros necesarios. Antes de que el Plan pague las prestaciones, podrá solicitar:

- Justificantes de siniestro
- Informes clínicos;
- Historiales clínicos
- Radiografías

EXCLUSIONES DEL PLAN DENTAL

El Plan no pagará por:

- Cualquier tratamiento, servicio o suministro no incluido anteriormente en la lista de servicios odontológicos cubiertos.
- Tratamiento de los dientes o las encías con fines estéticos, incluida la realineación de los dientes.
- Gastos incurridos una vez finalizada la cobertura; no obstante, el Plan pagará las prótesis, incluidos puentes y coronas, que se hayan colocado y solicitado antes de la fecha de finalización de la cobertura y se hayan recibido en un plazo de 30 días tras la finalización de la cobertura
- Prótesis, incluidos puentes y coronas, iniciadas o en curso antes de la fecha en que usted o su dependiente quedaron cubiertos por el Plan; en el caso de las prótesis, la fecha en que se incurra será la “fecha de preparación” inicial.

-
- Rebasado o revestimiento de una dentadura postiza menos de seis meses después de la primera colocación, y no más de un rebasado o revestimiento en un periodo de dos años.
 - Analgesia/óxido nitroso
 - Sustitución de prótesis perdidas o robadas
 - Sustitución de prótesis menos de cinco años después de una colocación anterior, salvo lo dispuesto específicamente en la sección de servicios de prostodoncia
 - Una nueva dentadura o puente si la dentadura o puente existente puede hacerse útil.
 - Cargos que usted o sus dependientes no están obligados a pagar, incluidos los cargos por servicios prestados por cualquier hospital u organización que normalmente no cobra si el paciente no tiene cobertura hospitalaria, quirúrgica, médica o dental.
 - Cualquier gasto hospitalario
 - Procedimientos, restauraciones y aparatos para cambiar la dimensión vertical o restablecer la oclusión (contacto adecuado entre los dientes opuestos)
 - Cualquier gasto pagado total o parcialmente por el Plan Médico
 - Selladores (excepto los indicados anteriormente)
 - Aparatos (protectores nocturnos) excepto para el bruxismo
 - Gastos ocasionados por el trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)
 - Cualquier gasto o cargo pagado total o parcialmente por cualquier otra estipulación del Plan Médico, incluyendo:
 - Tratamiento o sustitución de cualquier diente o estructura dental, proceso alveolar, absceso o enfermedad del tejido periodontal o gingival; o cirugía o ferulización para ajustar la oclusión dental.

PLAN DE LA VISTA

Puede elegir cualquier proveedor de la red de proveedores de servicios oftalmológicos (VSP). Los gastos cubiertos incluyen los exámenes de la vista realizados por un oftalmólogo u optometrista legalmente capacitado y las lentes recetadas o las monturas necesarias para las lentes con receta.

Los proveedores de VSP aceptan un índice de descuento, lo que le ahorra dinero y mantiene bajos los costos para el Fideicomiso. En la mayoría de los casos, se le pedirá que pague cualquier cantidad que exceda las prestaciones del Plan en el momento en que reciba los servicios.

La participación en el Plan Visión se basa en el acuerdo de negociación con cada Empleador o bajo el cual se jubiló; póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para confirmar su participación. Las prestaciones oftalmológicas están excluidas de las prestaciones para encargados de materiales y básicas (anteriormente *Western Washington Residential Painting and Utah Drywall*). Las personas jubiladas deben elegir estas prestaciones en el momento de la inscripción inicial en el Programa de Prestaciones para Jubilados o 60 días antes de ser elegibles a Medicare, si así lo desean y no lo han elegido previamente.

! PUNTO CLAVE !

Puede elegir cualquier proveedor de la red Vision Service Provider (VSP). Los proveedores de VSP acuerdan un índice descontado, lo que le ahorra dinero y mantiene bajos los costos para el Fideicomiso.

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS CUBIERTOS

- Examen ocular: Los cargos por un examen de la vista, incluida la refracción, realizado por un oftalmólogo u optometrista legalmente capacitado
- Lentes: El cargo por los lentes recetados
- Monturas: El cargo por las monturas necesarias para los lentes recetados
- Las prestaciones incluyen un examen oftalmológico y dos lentes cada año civil, y un juego de monturas cada dos años civiles consecutivos
- Ya sea anteojos o lentes de contacto permitidos por año
- Gafas de seguridad con o sin receta: Lentes monofocales, bifocales forradas y trifocales forradas. Las prestaciones están disponibles únicamente para el participante y no para sus dependientes. Sólo las gafas de seguridad de la marca ProTec están totalmente cubiertas y deben obtenerse de los proveedores VSP participantes. Cuando se obtengan anteojos de seguridad que no sean de la marca ProTec de un proveedor dentro o fuera de la red VSP, los anteojos de seguridad se reembolsarán según los índices indicados en el cuadro como se indicó anteriormente.

EXCLUSIONES DEL PLAN DE LA VISTA

El Plan no pagará por:

- Cartografía del campo visual
- Ortóptica o capacitación para la visión
- Ayudas para la visión subnormal
- Lentes aniseikónicas
- Lentes tintados o gafas de sol
- Lentes no graduados, excepto en el marco de las prestaciones para gafas de seguridad
- Más de lo permitido para una receta estándar cuando se eligen lentes multifocales de resina dura, lentes recubiertas o lentes bifocales sin línea (tipo mixto)
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Servicios y suministros que se pagan en virtud de una ley de compensación para trabajadores por enfermedad profesional
- Cualquier gasto que resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o de agresión armada
- Cualquier gasto que usted o sus dependientes no tengan que pagar
- Cualquier examen ocular exigido como condición para el empleo
- Más de un examen para cualquier persona cubierta durante cualquier año civil
- Más de dos lentes para cualquier individuo cubierto durante cualquier año civil
- Más de un juego de monturas para cualquier individuo cubierto durante cualesquiera dos años civiles consecutivos
- Cualquier gasto pagado total o parcialmente por cualquier otra estipulación del plan médico
- Cualquier cosa excluida en virtud de la sección Exclusiones y limitaciones generales de la sección Plan médico del Plan

COMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Sólo se tramitarán las reclamaciones efectuadas en la fecha de vigencia de su cobertura o con posterioridad. Para recibir el pago puntual de sus reclamaciones, siga estos procedimientos:

1. Obtenga un formulario de reclamación del VSP.
2. Complete su parte introduciendo toda la información solicitada. Asegúrese de firmar el formulario de reclamación donde se indica.
3. Envíe por correo a VSP el formulario de reclamación completado y sus facturas detalladas.
4. Las reclamaciones también pueden presentarse en línea en www.vsp.com.

RESUMEN DE LAS PRESTACIONES DE LA VISTA

Los gastos cubiertos (en la red VSP)	Copago	Frecuencia*
Examen WellVision	\$0	Cada 12 meses
Montura <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$170 para una amplia selección de monturas** • Asignación de \$190 para monturas destacadas • 20% de ahorro sobre la cantidad que supere su asignación** • Descuento de \$95 en Costco** 		Cada 24 meses
Anteojos <ul style="list-style-type: none"> • Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea • Lentes de policarbonato para hijos dependientes • Recubrimiento antirreflejante para lentes (Cubierto en su totalidad tras copago de \$40) 		Cada 12 meses
Anteojos con mejoras <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos de nivel estándar • Lentes progresivos de calidad superior • Lentes progresivos personalizados • Ahorro medio del 30% en otros lentes mejorados 	\$0 \$95–\$105 \$150–\$175	Cada 12 meses
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) <ul style="list-style-type: none"> • Subsidio de \$170 para lentes de contacto; no se aplica el copago** • Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) 	Hasta \$60	Cada 12 meses
Programa Diabetic Eyecare Plus Servicios relacionados con la enfermedad ocular diabética, el glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Examen de retina para miembros elegibles con diabetes. Pueden aplicarse limitaciones y coordinación con la cobertura médica. Pida detalles a su doctor de VSP.	\$20	As needed
Anteojos de seguridad con receta o sin receta ** Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea. Las prestaciones sólo están disponibles para el participante y no para sus dependientes. Sólo las gafas de seguridad de la marca ProTec están totalmente cubiertas y están disponibles únicamente en los proveedores participantes de VSP.	\$0	Lentes cada 12 meses, montura cada 24 meses
AHORROS ADICIONALES: Anteojos y gafas de sol: 20% de ahorro en anteojos y anteojos de sol adicionales, incluyendo lentes ampliados, de cualquier doctor de VSP dentro de los 12 meses de su último examen WellVision. Corrección de la vista con láser: Ahorre hasta \$1,000 en Lasik; descuentos sólo disponibles en centros contratados.		
Los gastos cubiertos (fuera de la red VSP)		
Examen completo de la vista Se permite un examen por año civil	El Plan paga hasta \$50	
Anteojos Se permiten dos lentes (un par) por año civil	El plan paga basado en el tipo de lente: Sencillo—hasta \$50 • Bifocal—hasta \$75 Trifocal—hasta \$91 • Progresivo—hasta \$75	
Monturas Se permite un juego de monturas cada dos años civiles consecutivos	El Plan paga \$72	
Lentes de contacto El Plan paga las prestaciones por las lentillas o los lentes de contacto (no por ambos) cada año civil	Plan paga hasta \$105	
Gafas de seguridad con o sin receta Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea (gafas de seguridad que no sean de la marca ProTec). Las prestaciones sólo están disponibles para el participante y no para sus dependientes. Cuando las gafas de seguridad se obtengan de un proveedor fuera de la red VSP o se obtengan gafas de seguridad que no sean de la marca ProTec (incluso si están dentro de la red), las gafas de seguridad se reembolsarán según los índices indicados a la derecha.	El plan paga basado en el tipo de lente: Sencillo—hasta \$35 Bifocal—hasta \$45 Trifocal—hasta \$60	

*La frecuencia se mide a partir de la fecha del último servicio.

**Tenga en cuenta que todas las prestaciones indicadas están sujetas a cambios.

PRESTACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

El Plan proporciona cobertura AD&D a todos los participantes activos, lo que supone una ayuda económica para usted y su familia en caso de lesión grave o pérdida de la vida. Las prestaciones del Plan se pagan únicamente si el miembro activo sufre una lesión accidental o fallece.

Las prestaciones del Plan se pagan a usted en caso de lesión y a su beneficiario en caso de muerte, por las cantidades indicadas en la tabla siguiente.

! PUNTO CLAVE !

La cobertura por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) proporciona ayuda económica a su familia en caso de lesión grave o pérdida de la vida.

SINÓPSIS DE PRESTACIONES AD&D

Siniestro	Cantidad de las prestaciones
Vida	\$10,000
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	\$10,000
Una mano y un pie, una mano y un ojo, o un pie y un ojo	\$10,000
Una mano, un pie o un ojo	\$5,000
El pulgar y el índice de la misma mano	\$2,500

DEFINICIONES DE LESIÓN

- Por pérdida de una mano se entiende el seccionamiento en la articulación de la muñeca o a una altura superior.
- Por pérdida de un pie se entiende el corte en la articulación del tobillo o a una altura superior.
- Pérdida de los dedos pulgar e índice significa el seccionamiento de dos o más falanges tanto del pulgar como del índice.
- Pérdida de un ojo significa la pérdida total de la visión en ese ojo.

Si la lesión causa más de una pérdida, el Plan paga únicamente la prestación más cuantiosa.

BENEFICIARIO

El Plan pagará las prestaciones pagaderas por su muerte al beneficiario que usted designe. Para designar un beneficiario, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para solicitar un formulario de designación de beneficiario.

Si no ha designado un beneficiario, o si el beneficiario que ha nombrado no le sobrevive, el Plan pagará las prestaciones a la persona o personas en el siguiente orden de prioridad:

1. Cónyuge
2. Hijo o hijos naturales o adoptados
3. Padre o padres
4. Hermanos o hermanas
5. Su patrimonio

El Plan pagará las prestaciones a partes iguales entre los beneficiarios supervivientes, salvo que usted haya solicitado lo contrario por escrito.

FORMA DE PAGO

El Plan paga las prestaciones en una suma global; no obstante, puede solicitar una modalidad de pago diferente para las prestaciones por fallecimiento. Deberá realizar esta solicitud por escrito al administrador del fideicomiso.

Cuando el administrador del fideicomiso registre y acuse recibo de su solicitud, el cambio entrará en vigor en la fecha en que se firme la solicitud. Sin embargo, el cambio no se aplicará a ningún pago u otra acción realizada antes de que el administrador del fideicomiso acuse recibo de su solicitud.

Podrá cambiar de beneficiario o de modalidad de pago en cualquier momento, salvo que haya renunciado a este derecho.

EXCLUSIONES DEL PLAN AD&D

Las prestaciones del Plan no se pagarán por ninguna pérdida que:

- No sea permanente;
- Ocurra más de 365 días después de la lesión;
- Sea causada por una intoxicación voluntaria por monóxido de carbono;
- Sea consecuencia de lesiones que reciba en cualquier aeronave que no sea mientras:e:
 - Viaja como pasajero en una aeronave comercial en un vuelo regular programado (o mientras opera, embarca o desembarca).
 - Viaja por negocios del Plan (cualquier viaje que realice por encargo o con autorización del Plan con el fin de fomentar los negocios del Plan), siempre que la aeronave:
 - Tenga un certificado de aeronavegabilidad estándar de la FAA (Administración Federal de Aviación de los EEUU) vigente y válido
 - Sea operada por una persona titular de un certificado de habilitación de piloto de la FAA (Administración Federal de Aviación de Estados Unidos) actual y válido que le autorice a operar la aeronave;

-
- Sea el resultado de lesiones que reciba al pilotar cualquier aeronave dedicada a las carreras o al vuelo acrobático o de acrobacia;
 - Esté causada por dolencias corporales o mentales, ptomainas, infecciones bacterianas (excepto infecciones piógenas sufridas accidentalmente) o que esté causada por cualquier otro tipo de enfermedad; y/o
 - Está excluida en virtud de la sección Exclusiones y limitaciones generales de la sección Plan médico del plan.

INCAPACIDAD SEMANAL (PÉRDIDA DE TIEMPO) PRESTACIONES

El Plan proporciona cobertura por incapacidad semanal (pérdida de tiempo) a los miembros activos, lo que puede ayudarle a cumplir con sus responsabilidades económicas si queda totalmente incapacitado a causa de una lesión o enfermedad y no puede trabajar.

El Plan le paga las prestaciones mientras permanezca totalmente incapacitado, siempre y cuando esté bajo el cuidado de un médico y no reciba indemnización de ninguna otra fuente.

! PUNTO CLAVE !

La incapacidad semanal puede ayudarle a cumplir con sus responsabilidades económicas si queda incapacitado a causa de una lesión o enfermedad y no puede trabajar.

RESUMEN SEMANAL DE PRESTACIONES POR INCAPACIDAD

Sinópsis	Detalles de la cobertura
Prestación semanal La cantidad real de sus prestaciones se basa en el acuerdo de negociación con su empleador	\$350 o \$750 por semana, sujeto a un límite del 80 por ciento que se expone a continuación.
Cuando las prestaciones comienzan	Primer día de incapacidad debido a un accidente. Octavo día de incapacidad por enfermedad
Máximo de semanas pagaderas Por cada periodo de incapacidad	26 semanas

LÍMITE DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones semanales por incapacidad (pérdida de tiempo) previstas tienen un límite del 80% de su salario bruto semanal (basado en una semana laboral de 40 horas). Por ejemplo, si el nivel de prestaciones para el que es elegible es de \$750, y si su salario bruto semanal es de \$800, entonces su prestación tiene un límite de \$640.

PERIODOS DE INCAPACIDAD

Comienza un nuevo periodo de incapacidad:

- Cuando queda incapacitado después de haber vuelto a trabajar a tiempo completo durante al menos 6 meses consecutivos desde la incapacidad anterior.
- Cuando queda incapacitado por una causa no relacionada con ninguna de las causas de la incapacidad anterior y la nueva incapacidad comienza después de haber vuelto a trabajar a tiempo completo durante al menos un día.

No existen opciones de extensión para estas prestaciones.

EXCLUSIONES DEL PLAN DE INCAPACIDAD SEMANAL

El Plan no pagará las prestaciones por:

- Cualquier incapacidad durante la cual no esté bajo el cuidado regular de un médico.
- Cualquier cosa excluida en el apartado Exclusiones y limitaciones generales de la sección Plan médico del Plan.
- Cualquier incapacidad que comience mientras esté acogido a COBRA

IMPUESTOS DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones pagadas por el Plan están sujetas a la tributación del Seguro Social (FICA). La ley federal exige al Plan que retenga y deposite en el depositario adecuado la parte que le corresponde del impuesto de cada pago semanal de las prestaciones por incapacidad.

Las prestaciones semanales por incapacidad proporcionadas por el Plan también están sujetas al impuesto federal sobre la renta. Tiene la opción de que el Fideicomiso retenga los impuestos federales sobre la renta de sus prestaciones semanales. A final de año, el Plan le enviará un formulario W-2 para que pueda presentar sus impuestos federales sobre la renta.

Si desea que se le retengan los impuestos federales sobre la renta, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso y solicite el formulario W-4S.

RECLAMACIONES Y APELACIONES

PRESENTAR RECLAMACIONES

REMISIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

El Plan sólo tramitará las reclamaciones presentadas en la fecha de vigencia de su cobertura o con posterioridad. Para que reciba el pago puntual de sus reclamaciones, siga los procedimientos que se indican a continuación con la mayor exactitud posible:

- **Para los servicios médicos**, facilite una copia detallada de la factura de su médico.
- **Para los servicios hospitalarios**, facilite una copia detallada de la factura del hospital, en la que figuren todos los servicios y suministros recibidos.
- **Para las prestaciones semanales por incapacidad (pérdida de tiempo) u otras prestaciones por incapacidad**, usted y su médico deben completar el formulario. (Póngase en contacto con el administrador del fideicomiso para obtener una copia del formulario)
- **Para TODOS los gastos incurridos como consecuencia de un accidente**, deberá presentar los datos completos del accidente al Plan para que éste los pague.

CLÁUSULA ANTIASIGNACIÓN

Usted elige cómo debe pagar el Plan las reclamaciones aprobadas:

- Puede ceder el pago de las prestaciones firmando la autorización que figura en el formulario de reclamación o rellenando uno de los formularios de cesión del propio proveedor. (Si el formulario del proveedor pretende ceder más que el derecho del beneficiario al pago, en realidad sólo se cederá el derecho al pago). Si usted cede el pago de sus prestaciones, el pago se enviará directamente al proveedor del servicio (los pagos para los Proveedores Preferidos se pagan automáticamente al proveedor). Un beneficiario no puede ceder ninguno de los siguientes:
 - El derecho del beneficiario a negociar, litigar o debatir de otro modo, la cobertura, las prestaciones y/o las reclamaciones;
 - El derecho del beneficiario al pago de las prestaciones;
 - El derecho del beneficiario a interponer recursos legales, incluidos, entre otros, la presentación o interposición de:
 - Una reclamación por las prestaciones;
 - Una reclamación por incumplimiento del deber fiduciario;
 - Una reclamación por infracción(es) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA);
 - Una demanda judicial;
 - Cualquier otro derecho a actuar en nombre del beneficiario; y/o

- Cualquier otra reclamación relacionada con, que implique, o que surja del Plan o de cualquier estipulación(es) del Plan.
- O bien, puede pagar la factura directamente, en cuyo caso los cheques de las prestaciones se pagarán a su nombre.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Excepto en el caso de las reclamaciones relacionadas con la atención urgente, el beneficiario podrá designar a un representante autorizado para que le ayude a obtener las prestaciones del Plan en cualquier momento. La designación deberá:

- Ser por escrito;
- Estar firmada por el beneficiario;
- Estar fechada;
- Indicar expresamente la reclamación o reclamaciones para cuya asistencia se designa al representante autorizado; y
- Indicar específicamente que el representante autorizado está autorizado a presentar reclamaciones y apelaciones, recibir documentos y comunicarse con el Plan en nombre del beneficiario.

Presente su reclamación y todas las facturas relacionadas con la misma al administrador del fideicomiso dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se incurrió en los gastos o tan pronto como sea razonablemente posible, y a más tardar 12 meses después de ocurrido el siniestro, salvo que el reclamante no sea legalmente capaz.

Recuerde que el Plan sólo tramita las reclamaciones incurridas en la fecha de vigencia de su cobertura o con posterioridad a la misma.

! PUNTO CLAVE !

Para recibir el pago a tiempo, presente las reclamaciones lo antes posible después de haber recibido los servicios, siguiendo las instrucciones indicadas anteriormente. Asegúrese de incluir las facturas detalladas y de firmar el formulario de reclamación.

RESPUESTA DEL PLAN A LAS RECLAMACIONES

Una vez que el Plan reciba la información necesaria para evaluar una reclamación, tomará una decisión inicial de revisión de las prestaciones pagaderas dentro de los plazos que se indican a continuación:

Si es necesaria una extensión por causas ajenas al Plan, éste notificará a la persona que presenta la reclamación la extensión y las circunstancias que la requieren.

Excepto en los casos en que usted acepte voluntariamente proporcionar al Plan un plazo adicional, las extensiones están limitadas como se indica anteriormente.

ATENCIÓN URGENTE

Una reclamación o solicitud que implique atención urgente significa cualquier reclamación o solicitud de una prestación por atención o tratamiento médico para la que el tiempo permitido para realizar determinaciones de atención no urgente:

- Podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o la capacidad de ésta para recuperar su función máxima
- O, en opinión de un médico con conocimiento del estado de salud de la persona cubierta, sometería a ésta a un dolor intenso que no podría administrarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento objeto de la reclamación.

Además, si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta determina que una reclamación es una reclamación o solicitud que implica atención urgente, la reclamación se tratará automáticamente como una reclamación o solicitud que implica atención urgente a efectos de esta estipulación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

El Plan notificará a la persona que presente la reclamación si necesita información adicional para tomar una decisión.

- La persona que presente la reclamación dispondrá entonces de una cantidad de tiempo determinada (ver a continuación) para presentar la información adicional al Plan.
- Si el Plan no recibe la información adicional en el plazo especificado, tomará una decisión basada en la información disponible.

El Plan puede ponerse en contacto con la persona que presenta la reclamación en cualquier momento para obtener detalles adicionales sobre el procedimiento de la reclamación. Del mismo modo, puede ponerse en contacto con el administrador del fideicomiso en cualquier momento para obtener detalles adicionales sobre el procedimiento de su reclamación.

DENEGACIONES DE RECLAMACIONES

Si una reclamación es denegada o parcialmente denegada, la persona que presente la reclamación recibirá una notificación escrita o electrónica de la denegación que incluirá:

RESPUESTA DEL PLAN A LAS RECLAMACIONES			
Tipo de prestaciones	Decisión de revisión inicial	Periodo de extensión	Máximo Número de extensiones
Atención urgente	72 horas	No aplica	
Prestaciones y reclamaciones que NO requieren precertificación	30 días	15 días	1
Prestaciones y reclamaciones que REQUIEREN precertificación	15 días	15 días	1
Muerte y desmembramiento accidental	45 días	30 días	2
Incapacidad semanal	45 días	30 días	2

INFORMACIÓN ADICIONAL			
Type of Benefit	Notificación del plan— Información adicional necesaria (después de recibir la reclamación)	Presentar información adicional antes de (después de la fecha de notificación)	Decisión del plan (después de recibir la información adicional)
Urgent Care	24 horas	48 horas	48 horas
Benefits and Claims NOT Requiring Precertification	30 días	45 días	15 días
Benefits and Claims Requiring Precertification	5 días	45 días	15 días
Accidental Death & Dismemberment	45 días	45 días	30 días (o 60 días, si se requiere una segunda extensión de plazo)
Weekly Disability	45 días	45 días	30 días (o 60 días, si se requiere una segunda extensión de plazo)

- El motivo o motivos concretos de la denegación;
- Referencia a las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la denegación;
- Si procede, una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para completar la reclamación y la razón por la que el Plan necesita dicho material o información;
- Una descripción de los procedimientos de apelación y los plazos aplicables a dichos procedimientos, incluido el derecho a solicitar una apelación y el derecho a una revisión externa, e incluida una declaración del derecho del reclamante a interponer una demanda civil en virtud de la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), en su versión modificada;
- Instrucciones sobre cómo y dónde presentar una solicitud de apelación; y
- Cualquier otra información que pueda exigirse en virtud de las leyes y reglamentos estatales o federales.

DETERMINACIÓN ADVERSA DE PRESTACIONES: PRESTACIONES MÉDICAS

Una determinación adversa de prestaciones para las prestaciones médicas significa una denegación, reducción o terminación de, o una falta de provisión o pago (total o parcial) de una prestación, incluyendo, sin limitación, cualquier denegación, reducción, terminación de, o falta de provisión o pago que se base en:

- La no elegibilidad de la persona cubierta para las prestaciones del Plan
- La determinación del Plan de que el tratamiento o servicio no es un servicio cubierto por el Plan
- La determinación de una revisión de utilización
- La determinación del Plan de que el tratamiento o servicio se considera un medicamento o tratamiento experimental o de investigación
- La determinación del Plan de que el tratamiento no es médicamente necesario

Recibirá un estado de su derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, cualquier norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar que el Plan haya utilizado para tomar una determinación adversa sobre las prestaciones.

El Plan incluirá un estado en el que se le proporcionará una explicación del razonamiento científico o clínico, previa solicitud y de forma gratuita, si el Plan toma una determinación adversa de las prestaciones basándose en su determinación de que el tratamiento o servicio se considera un medicamento o tratamiento experimental o en investigación o que no es médicamente necesario.

DETERMINACIÓN ADVERSA DE LAS PRESTACIONES: TRATAMIENTO EN CURSO

El Plan le notificará una determinación adversa de las prestaciones

en relación con un tratamiento en curso o un número de tratamientos aprobados previamente con la suficiente antelación para permitirle solicitar una apelación de la determinación adversa de las prestaciones y obtener una determinación de su apelación antes de que se termine o reduzca el tratamiento en curso.

Si presenta una solicitud para prolongar el curso del tratamiento más allá del período de tiempo o del número de tratamientos que el Plan aprobó originalmente...

... y su solicitud es una reclamación relacionada con la atención urgente, el Plan le notificará su determinación en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud, siempre que el Plan reciba su solicitud de extensión al menos 24 horas antes de que expire el periodo de tiempo o el número de tratamientos recetados. No obstante, si el Plan no recibe su solicitud en el plazo de 24 horas, tratará su reclamación como una reclamación de atención urgente.

... y su solicitud no es una reclamación relacionada con la atención urgente, el Plan tratará su solicitud como una "reclamación de prestaciones que requieren precertificación" o como una "reclamación de prestaciones que no requieren precertificación", lo que corresponda a la solicitud.

DETERMINACIÓN ADVERSA DE PRESTACIONES: MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D), PRESTACIONES SEMANALES POR INCAPACIDAD (PÉRDIDA DE TIEMPO) Y RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD

Una determinación adversa de prestaciones por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D), incapacidad semanal (pérdida de tiempo) u otras prestaciones por incapacidad significa una denegación, reducción o terminación, o la no provisión o pago (total o parcial) de una prestación. Esto puede incluir cualquier denegación, reducción, terminación o falta de prestación o de pago (total o parcial) que se base en:

- La no elegibilidad de la persona cubierta para las prestaciones del Plan;
- La determinación del Plan de que el tratamiento o servicio no es un servicio cubierto por el Plan;
- Una determinación de revisión de utilización;
- La determinación del Plan de que el tratamiento o servicio se considera un medicamento o tratamiento experimental o de investigación; o
- La determinación del Plan de que el tratamiento no es médicamente necesario.

En el caso de las reclamaciones de prestaciones por incapacidad, el término determinación adversa de prestaciones también se refiere a cualquier rescisión de la cobertura por incapacidad con respecto a un participante o beneficiario (independientemente de que, en relación con la rescisión, exista o no un efecto adverso sobre cualquier prestación concreta en ese momento). A estos efectos, el término "rescisión" significa una cancelación o discontinuación de la

cobertura que tenga efecto retroactivo, excepto en la medida en que sea atribuible a la falta de pago puntual de las primas o cotizaciones requeridas para sufragar el costo de la cobertura.

Recibirá una declaración de que se le proporcionará una explicación del razonamiento científico o clínico, previa solicitud y de forma gratuita, si el Plan toma una determinación adversa de las prestaciones basada en su determinación de que el tratamiento o servicio se considera un medicamento o tratamiento experimental o en investigación o que no es médicamente necesario. También recibirá un estado de su derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, cualquier norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar que el Plan haya utilizado para tomar una determinación adversa sobre las prestaciones. También recibirá un estado de su derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso o copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones del reclamante.

El Plan también incluirá un análisis de la decisión, incluida una explicación de los motivos por los que no está de acuerdo o no la sigue:

- Las opiniones presentadas por el reclamante al Plan de los profesionales de la atención médica que tratan al reclamante y de los profesionales vocacionales que evaluaron al reclamante;
- Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación adversa de las prestaciones de un reclamante, sin tener en cuenta si se confió en dicho asesoramiento para tomar la determinación de las prestaciones; y
- Una determinación de incapacidad relativa al reclamante presentada por éste al Plan realizada por la Administración del Seguro Social.

DETERMINACIÓN ADVERSA DE PRESTACIONES— RECLAMACIONES FUERA DE LA RED—LEY DE ASIGNACIONES CONSOLIDADAS

En caso de disputa entre el Plan y un beneficiario sobre las reclamaciones y el pago a un proveedor fuera de la red, el participante tiene la opción, según la Ley de Asignaciones Consolidadas, de resolver la disputa mediante arbitraje vinculante. La solicitud de arbitraje debe realizarse en un plazo de treinta (30) días tras el pago inicial o la denegación del pago de las reclamaciones.

El arbitraje bajo estas estipulaciones será un arbitraje vinculante y de estilo “béisbol” con los árbitros obligados a elegir la propuesta de una parte o la propuesta de la otra parte y el perdedor del arbitraje obligado a pagar todos los costos del arbitraje.

Sólo se podrá presentar una solicitud de arbitraje sobre el mismo tipo de servicios cada noventa (90) días y el árbitro deberá tener en cuenta el índice medio de servicios dentro de la red para los mismos servicios, excluyendo UCR (usual, habitual y razonable), índices de Medicare o servicios facturados.

DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

En caso de que se deniegue una reclamación de prestaciones o una solicitud de precertificación, o de que cualquier participante o beneficiario se sienta perjudicado por el funcionamiento del Plan, esa persona o su representante tienen derecho a una revisión de la decisión.

La Mesa Directiva llevará a cabo una revisión completa y justa de las decisiones de precertificación y revisión de reclamaciones de acuerdo con los procedimientos del Plan para la audiencia, investigación, recodificación y resolución de cualquier apelación.

La Mesa Directiva le sugiere que empiece por ponerse en contacto con el administrador del fideicomiso antes de invocar los procedimientos de audiencia que se describen a continuación. Una llamada telefónica puede resolver cualquier problema y ahorrarle así un tiempo y unas molestias considerable.

! PUNTO CLAVE !

Es una buena idea ponerse en contacto con el administrador del fideicomiso antes de presentar una solicitud de apelación. El administrador del fideicomiso podrá resolver la cuestión o aclararle la decisión sobre las prestaciones.

AUDIENCIA DE LA MESA DIRECTIVA

Cualquier empleado participante o beneficiario de un empleado participante que solicite las prestaciones y...

- Sea declarado no apto por la Mesa Directiva (o por un comité de la Mesa Directiva, un agente administrativo, una compañía de seguros u otra organización que actúe en nombre de la Mesa Directiva).
- Considera que no ha percibido la totalidad de las prestaciones a las que tiene derecho.
- Se ve afectado negativamente de cualquier otro modo por cualquier acción de la Mesa Directiva

... tiene derecho a presentar una solicitud de apelación, pidiendo que la Mesa Directiva celebre una audiencia sobre el asunto. Deberá presentar esta solicitud en el plazo requerido para cada tipo de reclamación (ver a continuación) tras haber sido informado o haber tenido conocimiento de la acción.

A continuación, la Mesa Directiva celebrará una audiencia en la que el afiliado o beneficiario tendrá derecho a presentar su posición y las pruebas que la justifiquen. El afiliado o beneficiario podrá estar representado en dicha audiencia por un abogado o por cualquier otro representante de su elección. Posteriormente, la Mesa Directiva emitirá una decisión por escrito que confirme, modifique o anule la acción anterior.

La decisión por escrito de la Mesa Directiva incluirá las razones específicas de la decisión, así como una referencia específica a las estipulaciones pertinentes del Plan en las que se basa la decisión, y estará redactada de una manera calculada para que el reclamante la

comprenda. Si se deniega la posición del reclamante, la denegación incluirá los pasos para solicitar una revisión externa.

PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD DE APELACIÓN

La persona que presenta una reclamación puede solicitar una apelación de la decisión inicial de denegación o precertificación de la Mesa Directiva. Esta solicitud puede presentarse por escrito, electrónicamente o de forma oral y debe incluir cualquier información adicional que considere que puede haberse omitido en la revisión de la Mesa Directiva o que deba ser tenida en cuenta por la Mesa Directiva.

La Mesa Directiva proporciona a la persona que presenta la solicitud:

- La oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación.
- Acceso razonable y copias de los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación (previa solicitud y de forma gratuita).

Presente la solicitud de apelación dentro de los 180 días siguientes a la recepción de la notificación de la determinación adversa de las prestaciones.

Incluya lo siguiente en su solicitud de apelación:

- El nombre del paciente o de la persona para la que se ha presentado la reclamación;
- El nombre de la persona que presenta la apelación;
- El número de afiliación del miembro;
- La naturaleza de la apelación; y
- Los nombres de todas las personas, instalaciones y servicios implicados en la apelación.

Al revisar la apelación, la Mesa Directiva considerará todos los comentarios, documentos, registros y demás información relacionada con la reclamación, sin tener en cuenta si dicha información fue presentada o considerada en la decisión inicial sobre la reclamación.

Al solicitar una apelación, usted autoriza a la Mesa Directiva, o a cualquier persona designada por la Mesa, a revisar todos los registros (incluidos, entre otros, sus registros médicos) que la Mesa Directiva determine que puedan ser relevantes para su apelación.

RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD

Antes de que la Mesa Directiva proporcione una determinación adversa de prestaciones en revisión sobre una reclamación de prestaciones de incapacidad, el reclamante tiene derecho a que el administrador del fideicomiso le proporcione, sin cargo alguno, cualquier prueba nueva o adicional considerada, en la que se haya basado o que haya sido generada por el Plan, asegurador u otra persona que realice la determinación de prestaciones (o por indicación del Plan, asegurador o dicha otra persona) en relación con la reclamación; dichas pruebas deberán aportarse lo antes posible y con la suficiente antelación a la fecha en que deba entregarse al reclamante la notificación de la determinación adversa de las prestaciones en revisión, para que el reclamante tenga una oportunidad razonable de responder antes de dicha fecha.

Antes de emitir una notificación de determinación adversa de prestaciones en revisión sobre una reclamación de prestaciones de incapacidad basada en pruebas nuevas o adicionales, el administrador del fideicomiso deberá proporcionar al reclamante, sin cargo alguno, dichas pruebas; las pruebas deberán proporcionarse lo antes posible y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiera proporcionar al reclamante la notificación de determinación adversa de prestaciones en revisión para darle una oportunidad razonable de responder antes de dicha fecha.

RESPUESTA A LAS APELACIONES

Junto con la decisión de la Mesa Directiva sobre su apelación, recibirá:

- Información relativa a su decisión
- Información relativa a los derechos de apelación de la revisión externa
- Una declaración del derecho del reclamante a interponer una demanda en virtud de la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA), en su versión modificada; y
- En el caso de una reclamación de prestaciones por incapacidad, el estado del derecho del reclamante a entablar una acción conforme a la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA) también describirá cualquier periodo de prescripción contractual aplicable que se aplique al derecho del reclamante a entablar dicha acción, incluida la fecha natural en la que expira el periodo de prescripción contractual para la reclamación.

DETERMINACIÓN ADVERSA DE PRESTACIONES EN REVISIÓN

En el caso de una determinación adversa sobre las prestaciones, la notificación indicará, de manera calculada para que pueda ser comprendida por el reclamante—

- La razón o razones específicas de la determinación adversa;
- La referencia a las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la determinación de prestaciones;
- Una afirmación de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información relevante para su reclamación de prestaciones;
- Una afirmación que describa cualquier procedimiento de apelación voluntaria ofrecido por el Plan y el derecho del reclamante a obtener la información sobre dichos procedimientos, así como un estado del derecho del reclamante a interponer una demanda conforme a la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA), en su versión modificada; y
- En el caso de un plan que proporcione prestaciones por incapacidad, además de la información descrita anteriormente, un estado del derecho del reclamante a entablar una acción en

virtud de la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA) también describirá cualquier periodo de prescripción contractual aplicable que se aplique al derecho del reclamante a entablar dicha acción, incluida la fecha natural en la que expira el periodo de prescripción contractual para la reclamación.

Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa, bien la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar específico; o bien un estado que indique que se basó en dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa y que se proporcionará gratuitamente una copia de la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar al reclamante que lo solicite.

Si la determinación adversa de las prestaciones se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, bien una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a las circunstancias médicas del reclamante, o bien una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente previa solicitud.

La siguiente declaración: “Es posible que usted y su plan dispongan de otras opciones alternativas voluntarias de resolución de disputas, como la mediación. Una forma de averiguar qué puede haber disponible es ponerse en contacto con la oficina local del Ministerio de Trabajo de EE.UU. y con la agencia reguladora de seguros de su Estado.”

DETERMINACIÓN ADVERSA DE LAS PRESTACIONES EN REVISIÓN: PRESTACIONES POR INCAPACIDAD

En el caso de una decisión adversa sobre las prestaciones con respecto a las prestaciones por incapacidad, una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para estar en desacuerdo o no seguir:

- Los puntos de vista presentados por el reclamante al plan de los profesionales de atención médica que tratan al reclamante y los profesionales vocacionales que evaluaron al reclamante;
- Las opiniones de los expertos médicos o profesionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del plan en relación con la determinación adversa de las prestaciones de un reclamante, sin tener en cuenta si se confió en dicho asesoramiento para tomar la determinación de las prestaciones; y
- Una determinación de incapacidad relativa al reclamante presentada por éste al plan realizada por la Administración del Seguro Social.

Si la determinación adversa de las prestaciones se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, o bien una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a las circunstancias médicas del reclamante, o bien un estado de que dicha explicación se proporcionará sin cambios previa solicitud; y

O bien las normas internas específicas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del plan en los que se basó para tomar la determinación adversa o, alternativamente, un estado de que tales normas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del plan no existen.

DISCRECIONALIDAD DE LA MESA DIRECTIVA RETENIDA

La Mesa Directiva se reserva la máxima autoridad legal discrecional para interpretar y aplicar los términos, normas y estipulaciones de la cobertura del Plan.

La Mesa Directiva conserva toda la autoridad discrecional para tomar decisiones sobre asuntos relacionados con la elegibilidad para recibir prestaciones, sobre asuntos relacionados con qué servicios, suministros, cuidados, terapias con medicamentos y tratamientos son experimentales y sobre asuntos que atañen a los derechos de los participantes.

RESPUESTA A LAS APELACIONES

Una vez que la Mesa Directiva reciba su solicitud de apelación, se aplicarán los siguientes plazos:

Tipo de prestaciones	Decisión del Plan	Periodo de extensión	Máximo número de extensiones
Atención urgente	72 horas	60 días	1
Prestaciones y reclamaciones que NO requieren precertificación	60 días	60 días	1
Prestaciones y reclamaciones que REQUIEREN precertificación	30 días	N/A	
Servicios de experimentación e investigación	14 días	Cualquier extensión requiere el consentimiento informado por escrito de la persona cubierta	
Muerte y desmembramiento accidental	45 días	45 días	1
Incapacidad	45 días	45 días	1

Si se solicita información adicional, se aplicarán los plazos de extensión indicados anteriormente.

Las decisiones de los liquidadores de siniestros, el administrador y la Mesa Directiva en cuanto a los hechos relacionados con cualquier reclamación de prestaciones y el significado y la intención de cualquier estipulación del Plan, o la aplicación de las mismas a cualquier reclamación de prestaciones, recibirán la máxima deferencia prevista por la ley y serán definitivas y vinculantes para todas las partes interesadas.

El administrador del fideicomiso tiene la autoridad discrecional de decidir si un cargo es usual y razonable, con respecto a las reclamaciones relacionadas con la diálisis, y usual, habitual y razonable (URC), con respecto a todas las demás reclamaciones. Las prestaciones del Plan se pagarán únicamente si el administrador del fideicomiso decide a su discreción que una persona cubierta tiene derecho a ellas.

SOLICITUD PARA LA REVISIÓN EXTERNA

El Plan cuenta con un procedimiento interno de apelación de reclamaciones (descrito anteriormente) que debe agotarse antes de solicitar una revisión externa o judicial. Una vez agotado el procedimiento interno de apelación de reclamaciones, la persona dispone de cuatro meses a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva de las prestaciones del Plan para presentar una solicitud de revisión externa. El hecho de no solicitar una revisión externa en el plazo de cuatro meses a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva de las prestaciones del Plan pondrá fin a la posibilidad del individuo de solicitar una revisión externa.

Una persona puede solicitar una revisión externa sólo para apelaciones que impliquen un juicio médico, incluidas, entre otras, las basadas en los requisitos del Plan en cuanto a necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de una prestación cubierta, o la determinación de que un tratamiento es experimental o de investigación, o la rescisión de una prestación. La Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) determinará si una denegación implica un juicio médico.

Las solicitudes de revisiones externas en el marco del Plan deben enviarse a:

Employee Painters' Trust c/o BeneSys, Inc.
PO Box 58830
Tukwila, WA 98138
(206) 518-9730 or (844) 344-2721
www.IUPATWesternBenefits.org

REVISIÓN PRELIMINAR DE LA SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de una solicitud de revisión externa, el Plan o el administrador del fideicomiso completarán una revisión preliminar de la solicitud de revisión externa. En el plazo de un día hábil tras completar esta revisión preliminar, el Plan notificará al particular su decisión. Si la solicitud no es elegible para la revisión externa, el Plan se lo notificará al individuo, le explicará el motivo y le facilitará cualquier otra información requerida

por la normativa federal aplicable. Si la solicitud de revisión externa está incompleta, el Plan identificará lo que se necesita y el individuo tendrá el plazo más largo de 48 horas o la parte restante del periodo de solicitud de revisión externa de cuatro meses para proporcionar la información. Si la solicitud de revisión externa está completa y es elegible para la revisión externa, el Plan remitirá el asunto a una IRO.

REVISIÓN POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE (IRO)

Cuando se remita una solicitud de revisión externa debidamente presentada, el Plan proporcionará a la IRO la documentación requerida en el plazo exigido por la normativa federal aplicable. La IRO proporcionará una decisión al individuo en un plazo de 45 días después de haber recibido la solicitud de revisión.

Si la IRO ordena que se paguen las prestaciones, el Plan proporcionará las prestaciones en virtud del Plan de conformidad con la decisión.

REVISIÓN DE RECLAMACIONES URGENTES Y APELACIONES DE RECLAMACIONES URGENTES

Los procedimientos de apelación de reclamaciones existentes del Plan prevén una revisión acelerada de una reclamación urgente si el período de tiempo para completar el proceso de apelación regular pusiera en grave peligro la vida o la salud del individuo, pusiera en peligro la capacidad del individuo para recuperar su función máxima, o la apelación implica una determinación respecto a una admisión, disponibilidad de atención, estancia continuada o servicios de atención médica para los que el individuo recibió Servicios de Emergencia pero no ha sido despedido del centro que proporciona la atención. En el caso de las reclamaciones urgentes, la determinación inicial sobre una reclamación urgente se tomará en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de una reclamación urgente y de la información de apoyo necesaria. La apelación de la denegación de una reclamación urgente se realizará en las 72 horas siguientes a la recepción de una apelación de reclamación urgente.

Del mismo modo, si se presenta una apelación urgente ante una IRO, se tomará una decisión en un plazo de 72 horas o en el plazo acelerado previsto en la normativa federal final aplicable.

PLAZO DE PRESCRIPCIÓN CONTRACTUAL—FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR UNA DEMANDA

Si una decisión continúa siendo adversa, la persona tiene derecho a interponer una demanda civil de conformidad con la sección 502(a) de la ERISA, 29 U.S.C. § 1132(a). Cualquier acción legal por prestaciones que pretenda anular una denegación u otra decisión que haya afectado negativamente a la reclamación de prestaciones de un individuo deberá interponerse en un plazo de 180 días a partir del último de los siguientes acontecimientos: Una denegación inicial por parte del administrador del fideicomiso para la que no se haya solicitado apelación; la determinación final adversa de las prestaciones por parte del plan en revisión o apelación; o una denegación por parte de una IRO en revisión externa.

SUS DERECHOS CONFORME A HIPAA

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

El Fideicomiso está obligado por ley (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, HIPAA) a mantener la privacidad de su información médica. El Fideicomiso debe proporcionarle esta notificación de obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. El Fideicomiso también está obligado a cumplir con los términos de esta notificación, la cual puede ser modificada de vez en cuando.

El Fideicomiso se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento en el futuro y de hacer que las nuevas estipulaciones tengan vigencia para toda la información médica que mantiene. El Fideicomiso revisará sin demora esta notificación y la distribuirá a todos los participantes del Plan, cada vez que se realicen cambios materiales a las normas y procedimientos de privacidad. Hasta entonces, el Fideicomiso está obligado por ley a cumplir con la versión actual de esta notificación.

! PUNTO CLAVE !

El Fideicomiso está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica y cuenta con normas estrictas para proteger su información confidencial.

CÓMO PUEDE EL FIDEICOMISO UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

El Fideicomiso está autorizado por ley a utilizar o divulgar su información médica para llevar a cabo las actividades necesarias para el pago y las operaciones de atención médica.

Existen otros fines para los cuales el Fideicomiso puede utilizar o divulgar su información médica, pero estos dos son los principales. Para cada uno de estos fines principales, a continuación se enumeran ejemplos de este tipo de usos y divulgaciones. Estos son sólo ejemplos y no pretenden ser una lista completa de todas las formas en que el Fideicomiso puede utilizar o divulgar su información médica dentro de cada una de estas dos categorías.

- **Pago:** El Fideicomiso puede utilizar o divulgar información médica sobre usted para fines dentro de la definición de pago. Estos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes propósitos y ejemplos:
 - Determinar su elegibilidad para las prestaciones del Plan. Por ejemplo, el Fideicomiso puede utilizar la información obtenida de su Empleador para determinar si usted ha cumplido con los requisitos del Plan para ser elegible activo.
 - Obtener cotizaciones suyas o de su Empleador. Por ejemplo, el Fideicomiso puede enviar a su empleador una solicitud de pago de cotizaciones en su nombre, y el Fideicomiso puede enviarle

información sobre las primas para la continuación de cobertura COBRA.

- Precertificar o autorizar previamente los servicios de atención médica. Por ejemplo, el Fideicomiso puede considerar una solicitud suya o de su médico para verificar la cobertura de un ingreso hospitalario o procedimiento quirúrgico específico.
- Determinar y cumplir con la responsabilidad del Plan por las prestaciones. Por ejemplo, el Fideicomiso puede revisar las reclamaciones de atención médica para determinar si los servicios específicos que fueron proporcionados por su médico están cubiertos por el Plan.
- Proporcionar el reembolso por el tratamiento y los servicios que recibió de los proveedores de atención médica. Por ejemplo, el Fideicomiso puede enviar a su médico un pago con una explicación de cómo se determinó la cantidad del pago.
- Subrogar las prestaciones de reclamaciones médicas de las que sea responsable un tercero. Por ejemplo, el Fideicomiso puede intercambiar información sobre una lesión accidental con su abogado, quien está buscando el reembolso de otra parte.
- Coordinar las prestaciones con otros planes bajo los cuales tenga cobertura médica. Por ejemplo, el Fideicomiso puede divulgar información sobre las prestaciones del Plan a otro plan médico grupal en el que usted participe.
- Obtener el pago en virtud de un contrato de reaseguro. Por ejemplo, si la cantidad total de sus reclamaciones supera una cantidad determinada, el Fideicomiso podrá revelar información sobre sus reclamaciones a nuestra aseguradora por exceso de pérdida (stop-loss insurance).
- **Operaciones de atención médica:** El Fideicomiso puede utilizar y divulgar información médica sobre usted para fines dentro de la definición de operaciones de atención médica. Estos propósitos incluyen, pero no se limitan a:
 - Llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad. Por ejemplo, un supervisor o especialista en calidad puede revisar las reclamaciones de atención médica para determinar la exactitud del trabajo de un tramitador.
 - Administración de casos y coordinación de la atención. Por ejemplo, un gestor de casos puede ponerse en contacto con agencias de atención médica a domicilio para determinar su capacidad para prestar los servicios específicos que usted necesita.
 - Ponerse en contacto con usted en relación con alternativas de tratamiento u otras prestaciones y servicios que puedan interesarle. Por ejemplo, un gerente de casos puede ponerse en contacto con usted para darle información sobre tratamientos alternativos que no están incluidos ni excluidos en la documentación de prestaciones del Plan, pero que sin embargo pueden estar disponibles en su situación.

- Ponerse en contacto con proveedores de atención médica con información sobre tratamientos alternativos. Por ejemplo, un gestor de casos puede ponerse en contacto con su médico para hablar sobre su traslado de un centro de cuidados intensivos a otro más adecuado.
- Capacitación de los empleados. Por ejemplo, la capacitación de los nuevos tramitadores de reclamaciones puede incluir la tramitación de reclamaciones de prestaciones médicas bajo una estrecha supervisión.
- Actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales. Por ejemplo, una Empresa que presta servicios profesionales al Plan puede divulgar su información médica a un auditor que esté determinando o verificando sus cumplimientos con los niveles de acreditación profesional.
- Asegurar o suscribir un contrato de reaseguro de riesgo relativo a reclamaciones por atención médica. Por ejemplo, su información demográfica (como la edad y el sexo) puede ser revelada a las aseguradora por exceso de pérdida para obtener cotizaciones de primas.
- Llevar a cabo u organizar servicios legales y de auditoría. Por ejemplo, su información médica puede ser divulgada a un auditor que esté auditando la exactitud de las adjudicaciones de reclamaciones.
- Actividades de gerencia relacionadas con el cumplimiento de las normas de privacidad. Por ejemplo, el responsable de privacidad puede utilizar su información médica mientras investiga una queja relativa a una denuncia o sospecha de violación de su privacidad.
- Resolución de agravios internos. Por ejemplo, su información médica puede utilizarse en el proceso de resolución de una disputa sobre si realmente se ha producido o no una violación de nuestras normas y procedimientos de privacidad.
- Venta, transferencia, fusión o consolidación. Por ejemplo, su información médica puede ser divulgada si el Plan se fusiona con otro plan de salud.
- Desidentificación de la información médica. El Fideicomiso puede utilizar o divulgar su información médica con el propósito de crear información médica que ya no sea identificable como perteneciente a usted. Dichos datos sanitarios despersonalizados podrán utilizarse posteriormente para fines no descritos en la presente notificación como permitidos o exigidos.
- Creación de un conjunto limitado de datos. El Fideicomiso podrá utilizar su información médica para crear un conjunto limitado de datos que excluya la mayoría de los identificadores, pero que podrá incluir direcciones parciales (ciudad, estado y código postal), fechas de nacimiento y muerte, y otras fechas que guarden relación con su tratamiento de atención médica. Este conjunto limitado de datos puede divulgarse con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica.
- **Divulgación a proveedores y a otros planes de salud para sus propias actividades relacionadas con su atención médica.** El Fideicomiso puede divulgar información a proveedores y a otros planes de salud si está destinada a ser utilizada para sus propios fines, como se describe a continuación.
 - Tratamiento. Un proveedor de atención médica puede obtener de nosotros su información médica con el fin de proporcionarle tratamiento de atención médica. Por ejemplo, el Fideicomiso puede revelar la identidad de su médico de cabecera al personal médico de emergencias si se solicita con fines de tratamiento.
 - Pago. Un proveedor de atención médica u otro plan médico puede obtener de nosotros su información médica para fines relacionados con el pago de la atención médica. Por ejemplo, si usted tiene cobertura secundaria con otro plan médico, el Fideicomiso puede divulgar información a ese otro plan en relación con nuestros pagos por su atención médica.
 - Operaciones de atención médica. Un proveedor de atención médica u otro plan de salud puede obtener de nosotros su información médica para algunos fines relacionados con las operaciones de atención médica, pero sólo si el proveedor o el Plan tienen una relación con usted y la información pertenece a esa relación. Los fines para los que se permite dicha divulgación incluyen, entre otros, la mejora de la calidad, la gerencia de casos, la evaluación del rendimiento, la capacitación y la obtención de credenciales.
- **Otros usos y divulgaciones.** A continuación se describen otras formas en que el Fideicomiso puede utilizar y divulgar su información médica. No se enumerarán todos los posibles usos o divulgaciones de cada categoría, y es posible que los que se enumeren nunca ocurran realmente.
 - Divulgaciones a usted. El Fideicomiso está autorizado, y en algunas circunstancias obligado, a divulgarle su información médica. Sus derechos se describen a continuación en “Sus derechos de privacidad de la información médica.”
 - Divulgaciones a su representante personal. Cualquier persona con capacidad legal para actuar como su representante personal puede, dependiendo de los términos de la autoridad legal, tener alguno o todos los mismos derechos que usted tiene con respecto a obtener o controlar su información médica. Por ejemplo, la legislación estatal determina hasta qué punto un padre puede actuar en nombre de un menor con respecto a la información médica de éste. Alguien que sea legalmente responsable de sus asuntos después de su muerte también puede actuar como su Representante Personal.
 - Implicación en el pago. Con su acuerdo, el Fideicomiso puede divulgar su información médica a un pariente, amigo u otra persona designada por usted como involucrada en el pago de su atención médica. Por ejemplo, si el Fideicomiso está discutiendo sus prestaciones médicas con usted, y usted desea

- incluir a su cónyuge o hijo en la conversación, el Fideicomiso podrá divulgar información a esa persona durante el curso de la conversación.
- Divulgaciones exigidas por ley. El Fideicomiso divulgará su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, el Fideicomiso podrá divulgar su información a un representante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU que esté realizando una revisión de cumplimiento de las normas de privacidad. El Fideicomiso también podrá utilizar y divulgar su información médica para los fines que se describen a continuación en la sección “Derechos de privacidad de su información médica”.
 - Salud pública. Según lo permita la ley, el Fideicomiso podrá divulgar su información médica como se describe a continuación:
 - A una autoridad de salud pública autorizada, con fines de prevención o control de enfermedades, lesiones o incapacidades;
 - A una entidad gubernamental autorizada para recibir informes de abuso o negligencia infantil; o
 - A una persona bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos, para actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de los productos regulados por la FDA.
 - Actividades de supervisión médica. El Fideicomiso puede divulgar su información médica a organismos de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias y otros procedimientos relacionados con la supervisión del sistema de atención médica o del cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Sin embargo, este permiso para divulgar su información médica no se aplica a ninguna investigación sobre usted o que esté directamente relacionada con su atención médica.
 - Procedimientos judiciales y administrativos. El Fideicomiso podrá divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial:
 - En respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo, o
 - En respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento legal.
 - Las circunstancias específicas pueden requerir que hagamos esfuerzos razonables para notificarle acerca de la solicitud o para obtener una orden judicial que proteja su información médica.
 - Cumplimiento de la ley. El Fideicomiso puede divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para diversos fines, como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
 - Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. El Fideicomiso puede divulgar su información médica a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.
 - Donación de órganos y tejidos. El Fideicomiso puede divulgar su información médica a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.
 - Divulgación al administrador del fideicomiso. Además de las circunstancias y ejemplos descritos anteriormente, existen tres tipos de información médica sobre usted que el Fideicomiso podrá divulgar a la Mesa Directiva.
 - El Fideicomiso puede divulgar a la Mesa Directiva si usted se ha inscrito, participa o se ha dado de baja del Plan.
 - El Fideicomiso puede proporcionar a la Mesa Directiva “información médica resumida”, que incluye los totales de las reclamaciones sin ninguna identificación personal excepto su código postal, para estos dos fines:
 - Para obtener licitaciones de primas de seguro médico de otros planes de salud, o bien
 - Para considerar la modificación, enmienda o terminación del Plan.
 - El Fideicomiso puede divulgar su información médica a la Mesa Directiva para fines de administración de las prestaciones del Plan. Estos fines pueden incluir, entre otros:
 - Revisar y tomar determinaciones con respecto a una apelación de una denegación o reducción de las prestaciones;
 - Evaluar situaciones que impliquen reclamaciones fraudulentas presuntas o reales; o
 - Supervisar las reclamaciones de prestaciones que puedan implicar o impliquen aseguradora por exceso de pérdida.
 - Asociados comerciales. Asociados comerciales son individuos y Empresas que necesitan acceso a la información médica personal de la que el Fideicomiso es responsable para actuar en nuestro nombre o para proporcionarnos servicios. Ejemplos de socios comerciales incluyen administradores de terceros, gerentes de beneficios de recetas (“PBMs”), abogados, consultores y auditores. El Fideicomiso puede divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales, y el Fideicomiso puede autorizarlos a utilizar o divulgar su información médica para cualquiera o todos los mismos fines para los que el Fideicomiso está autorizado a utilizarla o divulgarla nosotros mismos, así como para sus propios fines administrativos. Nuestros asociados comerciales están obligados por contrato a no utilizar ni divulgar su información médica para ningún otro fin.

CÓMO PUEDE EL FIDEICOMISO NO UTILIZAR NI DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

El Fideicomiso no podrá utilizar ni divulgar su información médica sin su autorización por escrito (excepto en los casos descritos anteriormente).

Si usted ha autorizado al Fideicomiso a utilizar o divulgar su información médica para otro fin, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, el Fideicomiso ya no podrá utilizar ni divulgar su información médica por los motivos contemplados en su autorización escrita. Sin embargo, el Fideicomiso no podrá retirar ninguna divulgación que ya haya realizado con su autorización. Las solicitudes para revocar una autorización previa deben presentarse por escrito a la Persona de Contacto para la Privacidad.

PERSONA DE CONTACTO SOBRE PRIVACIDAD

Para obtener una explicación más detallada de sus derechos de privacidad de la información médica, o si desea ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con:

Employee Painters' Trust c/o BeneSys, Inc.
Attn Privacy Contact Person
PO Box 58830
Tukwila, WA 98138
(206) 518-9730 o (844) 344-2721
www.IUPATWesternBenefits.org

Póngase en contacto con la persona de contacto sobre privacidad si tiene alguna pregunta sobre cualquier parte de esta notificación o sobre las prácticas de privacidad en el Trust.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- **Derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información médica. El Fideicomiso no está obligado a aceptar las restricciones que usted solicite. Si desea hacer una solicitud de restricciones, debe presentar su solicitud por escrito a la Persona de Contacto de Privacidad.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a pedir al Fideicomiso que se comunique con usted utilizando un medio alternativo o en un lugar alternativo. Las solicitudes de comunicaciones confidenciales deben presentarse por escrito a la Persona de Contacto sobre Privacidad. El Fideicomiso no está obligado a acceder a su solicitud a menos que la divulgación de su información médica pueda ponerlo en peligro.
- **Derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica sobre usted que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre las prestaciones del Plan. Para

inspeccionar o copiar dicha información, debe presentar su solicitud por escrito a la Persona de Contacto para la Privacidad. Si solicita una copia de la información, el Fideicomiso podrá cobrarle un cargo razonable para cubrir los gastos asociados con su solicitud.

- **Derecho a solicitar una enmienda:** Si cree que el Fideicomiso posee información médica sobre usted que es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a pedirnos que la modifiquemos. Para solicitar una enmienda de los registros de salud, debe hacer su solicitud por escrito a la Persona de Contacto de Privacidad. Su solicitud debe incluir el motivo de la misma. El Fideicomiso no está obligado a modificar su información médica. Si su solicitud es denegada, el Fideicomiso le proporcionará información sobre nuestra denegación y sobre cómo puede estar en desacuerdo con la misma.
- **Derecho a la contabilidad de las divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista o "contabilidad" de las divulgaciones de su información médica realizadas por nosotros. Sin embargo, el Fideicomiso no tiene que dar cuenta de las divulgaciones que fueron:
 - Hechas a usted o que fueron autorizadas por usted, o
 - Para fines de funciones de pago u operaciones de atención médica.Las solicitudes de contabilidad de las divulgaciones deben presentarse por escrito a la persona de contacto de privacidad. Su solicitud debe especificar un período de tiempo dentro de los últimos seis años. El Fideicomiso proporcionará una lista gratuita por período de doce meses, pero el Fideicomiso podrá cobrarle por listas adicionales.
- **Derecho a recibir una copia impresa:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Para obtener una copia en papel de esta notificación, póngase en contacto con la persona de contacto de privacidad.

QUEJAS

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados por el Fideicomiso o por cualquier persona que actúe en su nombre, puede enviar una queja por escrito a la Persona de Contacto de Privacidad.

También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU escribiendo al Secretario a 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201.

Las quejas sobre el Fideicomiso deben referirse al Fideicomiso de los empleados pintores por su nombre y deben describir lo que el Fideicomiso hizo o dejó de hacer que violó las normas federales relativas a la privacidad de la información médica.

Las quejas ante la Secretaría o ante el Fideicomiso deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que usted tuvo o debió haber tenido conocimiento por primera vez de la violación de la privacidad objeto de su queja. El Fideicomiso no tomará ningún tipo de represalias contra usted por haber presentado una queja.

SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA)

Una ley federal llamada Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés) puede permitir que sus prestaciones continúen en las mismas condiciones que si fuera un empleado en activo durante una licencia de excedencia para:

- Cuidar de su hijo tras el nacimiento o la colocación de un niño con usted en adopción o acogida;
- Cuidar de su cónyuge, hijo o padre que padezca una enfermedad grave; y/o
- Por su propio estado de salud grave, según lo establecido en la FMLA.

En el caso de que tanto usted como su cónyuge estén asegurados como empleados del Plan, la cobertura continua para cuidar de un recién nacido o de un hijo recién colocado no podrá superar un total combinado de 12 semanas. Además, si la licencia se toma para cuidar a uno de los progenitores con un problema de salud grave, la cobertura continua no podrá superar un total combinado de 12 semanas.

! PUNTO CLAVE !

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) es una ley federal que exige que los empleados de 50 o más trabajadores (y los empleadores públicos de cualquier tamaño) permitan a los empleados tomarse una licencia para cuidar a familiares enfermos y volver a unas condiciones de empleo sustancialmente similares tras la licencia. La ley también permite a los empleados elegibles mantener su cobertura médica durante una licencia FMLA autotopagándose los gastos.

CONDICIONES

- Si el día en que debe comenzar su cobertura ya está disfrutando de una licencia FMLA, se le considerará activamente en el trabajo. La cobertura para usted y sus dependientes elegibles comenzará de conformidad con las condiciones del Plan.
 - No obstante, si su permiso de excedencia se debe a un problema de salud grave suyo o de cualquier dependiente elegible, las prestaciones por dicho problema no se pagarán en la medida en que las prestaciones se paguen en virtud de cualquier plan médico grupal anterior.
- Usted es elegible para continuar recibiendo las prestaciones en virtud de la FMLA si se cumplen todas las condiciones siguientes:
 - Ha trabajado para su Empleador durante al menos un año;
 - Ha trabajado al menos 1.250 horas durante los 12 meses anteriores;

- Su empleador tiene al menos 50 empleados en un radio de 75 millas de su lugar de trabajo; y
- Usted continúa pagando cualquier prima requerida para usted y sus dependientes elegibles de la manera que determine su Empleador.
- En caso de que decida no pagar ninguna prima requerida durante su licencia, su cobertura no continuará durante la misma. Podrá restablecer su cobertura el día en que se reincorpore al trabajo, sujeto a cualquier cambio que se haya producido en el Plan durante el tiempo en que no estuvo asegurado. Usted y sus dependientes asegurados no estarán sujetos a ningún requisito de prueba de buena salud previsto en el Plan. Cualquier periodo de carencia parcialmente satisfecho, incluida cualquier limitación por una enfermedad preexistente, que se interrumpa durante el periodo en que no se pagó la prima continuará aplicándose una vez que se restablezca la cobertura.
- Usted y sus dependientes están sujetos a todas las condiciones y limitaciones del Plan durante su licencia, salvo que todo lo que entre en conflicto con las estipulaciones de la FMLA se interpretará de conformidad con la FMLA.
- Si el Plan lo solicita, usted o su Empleador deberán presentar una prueba aceptable de que su licencia está en conformidad con la FMLA.
- Esta continuación de FMLA es concurrente con cualquier otra opción de continuación excepto COBRA, si procede. Usted puede ser elegible para elegir cualquier continuación de COBRA disponible bajo el Plan después del día en que termine su continuación de FMLA.
- La continuación de FMLA finaliza en la fecha más temprana de:
 - El día en que se reincorpore al trabajo;
 - El día en que notifique a su Empleador que no se reincorpora al trabajo;
 - The day your coverage would otherwise end under the Plan; or
 - El día en que la cobertura haya continuado durante 12 semanas.

Póngase en contacto con su Empleador en cuanto crea que puede ser elegible para una licencia familiar y Médica, ya que la ley exige que lo notifique con 30 días de antelación, o comuníquese inmediatamente si su licencia se debe a un acontecimiento repentino e inesperado. Su Empleador puede informarle de las demás obligaciones que le impone la FMLA.

SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si su cobertura médica finaliza debido a su servicio en los servicios uniformados, puede continuar su cobertura y la de su(s) dependiente(s), hasta lo que ocurra primero:

- El final del período durante el cual sea elegible para solicitar el reemplio de conformidad con la USERRA, o
- 24 meses consecutivos tras la finalización de la cobertura.

Para continuar con la cobertura, usted o sus dependientes deben pagar la prima requerida (incluida la parte correspondiente a su antiguo Empleador y cualquier prima retroactiva), salvo que su servicio en el servicio uniformado sea inferior a 31 días, en cuyo caso deberá pagar su parte, si la hubiera, de la prima. El administrador del fideicomiso le informará a usted o a sus dependientes de los procedimientos para pagar las primas.

La continuación en virtud de USERRA finalizará a la medianoche del día anterior:

- Su antiguo empleador deje de proporcionar cualquier plan médico grupal a cualquier empleado;
- Cualquier prima sea debida y no pagada;
- Una persona cubierta vuelve a estar cubierta por el plan;
- Su cobertura ha continuado durante el periodo de tiempo indicado anteriormente (o durante cualquier periodo más largo previsto en el Plan); o bien
- El empleador termina el Plan.

La cobertura de un dependiente elegible también finalizará según lo estipulado en las estipulaciones de elegibilidad de dependientes del Plan.

! PUNTO CLAVE !

La Ley de Derechos de Empleo y Reemplio de los Servicios Uniformados (USERRA) ofrece protección en materia de reemplio y otras prestaciones a los veteranos y a los empleados que prestan servicio militar.

OTRAS ESTIPULACIONES DE CONTINUACIÓN

En caso de que la cobertura continúe en virtud de cualquier otra estipulación de continuación del Plan, los periodos de cobertura continua se desarrollarán de forma concurrente. Si otra estipulación de continuación establece un periodo de continuación más corto para el que la prima es pagada total o parcialmente por su empleador, la prima que deberá pagar podrá aumentar durante el resto del periodo establecido anteriormente.

REEMPLIO

(tras el servicio en los Servicios Uniformados)

Tras su despido de dicho servicio, puede ser elegible para solicitar el reemplio con su antiguo empleador de conformidad con la ley USERRA. Dicho reemplio incluye su derecho a la selección de reincorporación a cualquier cobertura médica existente en ese momento proporcionada por su empleador.

La norma de permiso de excedencia de su empleador determinará su derecho a participar en cualquier seguro de vida colectivo u otras prestaciones.

Tras la reincorporación, se le concederá crédito, si procede, por el periodo de dicho servicio, si es necesario para determinar las cantidades de sus prestaciones, su elegibilidad o sus costos.

En caso de conflicto entre esta estipulación y la USERRA, se aplicarán las estipulaciones de la USERRA, según las interprete su Empleador o antiguo empleador.

SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS (ERISA)

Como participante en el Plan, tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

- Recibir información sobre el Plan y las prestaciones.
- Examinar, sin cargo alguno, en el administrador del fideicomiso y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos y acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Ministerio de Trabajo de EE.UU. y disponible en la sala de divulgación pública de la Administración de Seguridad de las Prestaciones del Empleado.
- Obtener, previa solicitud por escrito al administrador del fideicomiso, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos y acuerdos de negociación colectiva, y copias del último informe anual (formulario de la serie 5500) y del Plan actualizado. El administrador del fideicomiso podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Los administradores del fideicomiso están obligados por ley a entregar a cada participante una copia de este informe anual resumido.
- Continuar la cobertura del Plan médico grupal para usted, su cónyuge o sus dependientes en caso de pérdida de la cobertura del Plan como consecuencia de un evento calificativo. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar dicha cobertura. Revise el Plan y los documentos que lo rigen sobre las normas que rigen sus derechos de continuación de cobertura COBRA.
- Reducción o eliminación de los periodos de exclusión de la cobertura por enfermedades preexistentes de su Plan médico grupal, si tiene una cobertura acreditable de otro Plan. Deberá recibir un certificado de cobertura acreditable, gratuito, de su Plan médico grupal o del Fideicomiso cuando pierda la cobertura del Plan, cuando adquiera el derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA, cuando cese su continuación de cobertura COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin una prueba

de cobertura acreditable, puede estar sujeto a un periodo de exclusión por enfermedad preexistente después de la fecha de inscripción en su cobertura.

! PUNTO CLAVE !

La Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación de los Empleados (ERISA) es una ley federal que regula la mayoría de los planes privados de jubilación y de prestaciones sociales colectivas en los EEUU.

ACTUACIONES PRUDENTES DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN (¿QUIÉNES SON LOS “FIDUCIARIOS” U OPERADORES DEL PLAN?)

Además de crear derechos para los participantes en el Plan, ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que gestionan el Plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su Empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarle de cualquier otra forma para impedirle obtener las prestaciones o ejercer los derechos que le confiere ERISA.

HACER VALER SUS DERECHOS

Si su reclamación de prestaciones es denegada o ignorada, total o parcialmente, tiene derecho a saber por qué se ha hecho, a obtener copias de los documentos relativos a la decisión sin coste alguno y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de unos horarios determinados.

En virtud de ERISA, existen medidas que puede tomar para hacer valer los derechos anteriormente mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del 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 fideicomiso que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que los reciba, salvo que los materiales no se hayan enviado por causas ajenas a la voluntad del administrador del fideicomiso.

Si su reclamación de prestaciones es denegada o ignorada, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión o falta de decisión del Plan respecto al estado calificativo de una orden de asistencia médica infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal federal.

Si se diera el caso de que los fiduciarios del Plan hicieran un uso indebido del dinero del Plan, o si se le discriminara por hacer valer sus derechos, puede solicitar la asistencia del Ministerio de Trabajo de EEUU, o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios del abogado. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y cargos. Si pierde, el tribunal puede condenarle a pagar estos costos y pagos, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola.

ASISTENCIA PARA SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, debe ponerse en contacto con el administrador del fideicomiso. Si tiene alguna pregunta sobre este estado o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador fiduciario, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Ministerio de Trabajo de EE.UU., que figure en su guía telefónica o con: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Prestaciones para Empleados.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008, promulgada el 21 de mayo de 2008, tiene por objeto prohibir el uso de información genética en los seguros médicos y el empleo. La ley prohíbe a los planes médicos grupales y a las aseguradoras médicas denegar la cobertura a un individuo sano o cobrarle primas más elevadas basándose únicamente en una predisposición genética a desarrollar una enfermedad en el futuro. La legislación también prohíbe a los Empleadores utilizar la información genética de los individuos cuando toman decisiones de contratación, despido, colocación o ascenso.

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN SEGÚN LA SECCIÓN 1557 DE LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE (ACA)

LA DISCRIMINACIÓN VA CONTRA LA LEY

El Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. El Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

El Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes capacitados de lengua por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso.

Si cree que el Plan no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

COMUNICACIONES DEL PLAN

El Plan se esforzará por comunicarse con los participantes y beneficiarios de una manera cultural y lingüísticamente adecuada. Esto significa que el Plan:

- Proporcionará servicios lingüísticos orales (como una línea telefónica de atención al cliente) que incluyan la respuesta a preguntas en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés y la prestación de asistencia para presentar reclamaciones y apelaciones en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés;
- Proporcionar, previa solicitud, una notificación en cualquier lengua no inglesa aplicable; y
- Incluir en las versiones en inglés de todas las notificaciones, un estado destacado en cualquier idioma no inglés aplicable que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por el Plan.

Con respecto a una dirección en cualquier condado de los EEUU al que se envíe una notificación, una lengua no inglesa es una lengua no inglesa aplicable si el diez por ciento o más de la población que reside en el condado sólo sabe leer y escribir en la misma lengua no inglesa, según lo determinado en las orientaciones publicadas por la Secretaría de Trabajo.

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

ESTIPULACIONES ESTÁNDAR

CAMBIO EN LAS PRESTACIONES DEL PLAN

Las prestaciones del Plan pueden modificarse (incluida la reducción o terminación de las prestaciones o el aumento de las cotizaciones) en cualquier momento. Un cambio en las prestaciones del Plan:

- No requiere el consentimiento de ninguna persona cubierta o beneficiario, y
- Debe hacerse por escrito.

Un cambio puede afectar a cualquier clase de personas cubiertas, incluidos los jubilados.

SOLICITUDES

Cualquier solicitud de una persona cubierta puede utilizarse para impugnar la validez de la cobertura, reducirla o denegar una reclamación.

El Plan deberá proporcionarle primero a usted o a su beneficiario una copia de dicha solicitud. La solicitud de una persona no podrá utilizarse para impugnar o reducir la cobertura que haya estado en vigor durante dos años o más en vida de dicha persona.

No obstante, si usted o sus dependientes no son elegibles para la cobertura, no hay límite de tiempo para el derecho del plan a impugnar la cobertura o denegar una reclamación. Los estados que figuran en una solicitud se consideran declaraciones, no garantías.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Como condición para recibir las prestaciones del Plan, usted y sus dependientes autorizan:

- A cualquier proveedor a divulgar al administrador del fideicomiso cualquier información médica que éste solicite;
- Al administrador del fideicomiso a examinar su historia clínica en las oficinas de cualquier proveedor;
- El administrador del fideicomiso a divulgar u obtener de cualquier persona u organización cualquier información necesaria para administrar sus prestaciones o las de sus dependientes; y
- El administrador del fideicomiso a examinar sus registros de empleo a fin de verificar su elegibilidad.

El Plan mantendrá la confidencialidad de dicha información siempre que sea posible, pero en determinadas circunstancias podrá divulgarse sin autorización específica.

DIVULGACIÓN DEL PLAN

Usted o sus dependientes tienen derecho a solicitar al administrador del fideicomiso, sin cargo alguno, la información aplicable a las prestaciones y procedimientos del Plan. Además, este libro incluye, según corresponda, una descripción de:

- Una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada (QMCSO por sus siglas en inglés)
- Las estipulaciones de compartición de costos, incluidas primas, deducibles, coaseguros y copagos, máximos, detalles sobre el nivel de prestaciones, proveedores, normas de autorización previa y revisión de utilización, cobertura de pruebas médicas, dispositivos y procedimientos, cobertura fuera de la red, límites de la atención de emergencia y/o cobertura de los medicamentos existentes y nuevos.
- Requisitos de elegibilidad para empleados y dependientes
- Los requisitos de cualquier proveedor participante (puede consultar en línea un listado actualizado de dichos proveedores, que puede facilitarse como documento aparte).
- Cuando finaliza la cobertura
- Cuando pueden denegarse o reducirse las prestaciones, incluida la subrogación o el reembolso, y las estipulaciones de coordinación de prestaciones
- Derechos de continuación federales
- Procedimientos de reclamación (se proporcionarán detalles adicionales previa solicitud)
- Hospitalización por maternidad para la madre y el recién nacido

COORDINACIÓN DE LAS PRESTACIONES (COB)

Si el reclamante está cubierto por otro u otros planes, se coordinarán las prestaciones del plan y del otro u otros planes. Esto significa que uno de los planes paga primero la totalidad de sus prestaciones y, a continuación, el otro u otros planes se encargan del pago.

- “Plan primario” significa un plan cuyas prestaciones para la cobertura médica de una persona deben determinarse sin tener en cuenta la existencia de ningún otro plan (por ejemplo, empleado, miembro, participante no dependiente). El Plan primario (que es el que paga las prestaciones en primer lugar) abona las prestaciones que se pagarían en virtud de sus condiciones en ausencia de estas estipulaciones.
- “Plan secundario” significa un plan que no es un plan primario. El Plan secundario (que es el plan que paga las prestaciones después del Plan primario) limitará las prestaciones que paga para que la suma de sus prestaciones y todas las demás prestaciones pagadas por el Plan primario no supere el 100% del total de los gastos cubiertos, excluidos los copagos, deducibles y otros acuerdos de compartición de costos.

El párrafo de determinación del orden de las prestaciones que figura a continuación explica el orden en que los planes deben pagar. Si la persona cubierta está cubierta por Medicare, se aplicará el orden de determinación de prestaciones de Medicare.

Esta estipulación de COB no se aplicará a una reclamación cuando los gastos cubiertos para un periodo de reclamación sean de \$50 o menos, pero si se dan ambas condiciones, esta estipulación de COB se aplicará a la cantidad total de la reclamación:

- El gasto adicional se produce durante el período de reclamación, y
- El total de gastos cubiertos supera los \$50.

Las prestaciones coordinadas no se aplican a los medicamentos con receta.

! PUNTO CLAVE !

La coordinación de prestaciones (COB) es un término que describe el procedimiento mediante el cual se coordinan las prestaciones pagadas en virtud de varios planes de salud para determinar en qué orden se pagan las prestaciones y cuánto debe pagar cada plan.

ORDEN DE DETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Cuando otro plan no tenga estipulaciones de COB, dicho plan deberá determinar las prestaciones en primer lugar. Cuando otro plan sí tenga una estipulación COB, regirá la primera de las siguientes normas que se aplique:

- Si un plan cubre al reclamante como empleado, miembro o no dependiente, entonces ese plan pagará primero sus prestaciones
- Si el reclamante es un hijo Dependiente cuyos padres no están divorciados o separados, entonces pagará primero el plan del progenitor cuyo aniversario de cumpleaños sea anterior en el año civil, excepto:
 - Si el cumpleaños de ambos progenitores coincide en el mismo día, se aplicará la norma que figura a continuación, o bien
 - Si otro plan no incluye esta norma COB basada en los cumpleaños de los progenitores, pero en su lugar tiene una norma basada en el sexo del progenitor, entonces la norma COB de ese plan determinará el orden de las prestaciones.
- Si el reclamante es un hijo Dependiente cuyos padres están divorciados o separados, se aplicarán las siguientes normas:
 - Pagará primero un plan que cubra a un hijo dependiente de un progenitor que por sentencia judicial deba proporcionarle cobertura médica, o bien
 - Cuando no exista una sentencia judicial que obligue a uno de los progenitores a proporcionar cobertura médica a un hijo Dependiente, se aplicarán las siguientes normas:
 - Cuando el progenitor que tenga la custodia del hijo no se haya vuelto a casar, el plan de ese progenitor pagará primero, o bien
 - Cuando el progenitor que tiene la custodia del hijo se ha vuelto a casar, las prestaciones serán determinadas en primer lugar por el plan de ese progenitor, en segundo lugar

por el plan del padrastro o de la madrastra y en tercer lugar por el plan del progenitor sin custodia.

- Si no se aplica ninguna de las normas anteriormente mencionadas, el plan que haya cubierto al reclamante durante el período de tiempo más largo pagará primero sus prestaciones, excepto cuando:
 - Uno de los planes cubra al reclamante como empleado cesado o jubilado (o dependiente de dicho empleado)
 - El otro plan incluya esta norma COB para empleados cesados o jubilados (o se emita en un estado que exija esta norma COB por ley)

En ese caso, pagará primero el plan que cubra al reclamante **que no sea** un empleado cesado o jubilado (o un dependiente de dicho empleado).

Cuando una parte de un plan coordine las prestaciones y otra no, cada parte será tratada como un plan independiente.

ORDEN DE DETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES PARA MEDICARE

Para usted: El Plan es el Plan primario para sus reclamaciones, si se cumplen todos los requisitos siguientes:

- Tiene 65 años o más.
- Está cubierto por Medicare únicamente por razón de edad
- Está empleado activamente por un Empleador de la ADEA (sujeto a la Ley de Discriminación en el Empleo por Razón de Edad de EEUU (ADEA)), que paga la totalidad o parte de la prima del Plan.

El Plan es el plan secundario para sus reclamaciones cuando está cubierto por Medicare debido a su edad, si no está empleado activamente por un Empleador ADEA que paga la totalidad o parte de la prima del Plan.

Para su cónyuge dependiente: El Plan es el Plan primario para las reclamaciones de su cónyuge dependiente, si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Su cónyuge tiene 65 años o más;
- Su cónyuge está cubierto por Medicare únicamente por razón de edad; y
- Trabaja activamente para un Empleador de la ADEA que paga la totalidad o parte de la prima del plan.

El Plan es el plan secundario para las reclamaciones de su cónyuge dependiente cuando éste está cubierto por Medicare debido a su edad, si usted no está empleado activamente por un Empleador ADEA que paga la totalidad o parte de la prima del Plan.

Para una persona incapacitada: El Plan es el Plan primario para las reclamaciones de una persona cubierta:

- Que esté cubierta para las prestaciones primarias de Medicare porque está incapacitada y ha recibido prestaciones de incapacidad del Seguro Social durante 24 meses seguidos
- Cuyo empleado empleó normalmente a 100 o más empleados en un día laborable típico durante el año civil anterior.

El Plan es el plan secundario para las reclamaciones de una persona cubierta, aunque también esté cubierta por Medicare debido a su edad.

Para una persona cubierta con una enfermedad renal terminal: El Plan es el plan secundario para las reclamaciones de una persona cubierta:

- Que esté cubierta por las prestaciones primarias de Medicare debido a una enfermedad renal terminal;
- Aunque también esté cubierta por Medicare debido a su edad.

El Plan es el plan primario para las reclamaciones de una persona cubierta que esté cubierta por las prestaciones secundarias de Medicare únicamente a causa de una enfermedad renal terminal.

Durante los primeros 30 meses, la cobertura a través del Plan es primaria y Medicare es secundaria. Después de los 30 meses, Medicare pasa a ser primario.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE MEDICARE

Medicare puede afectar a las prestaciones del Plan; por ello, le recomendamos que se ponga en contacto con la oficina local del Seguro Social para informarse sobre Medicare. Deberá hacerlo antes de que usted o su cónyuge cumplan 65 años.

AHORRO DE CRÉDITO

Cuando el Plan no tenga que pagar la totalidad de sus prestaciones debido a la COB, el ahorro se abonará al reclamante durante el período salarial. Este ahorro se aplicará a cualquier gasto cubierto no abonado durante el periodo de reclamación.

CÓMO AFECTA LA COB A LOS LÍMITES DE LAS PRESTACIONES DEL PLAN

Si la COB reduce las prestaciones pagaderas en virtud de más de una estipulación del plan, cada prestación se reducirá proporcionalmente. Sólo la cantidad reducida se imputará a cualquier límite de prestaciones de esas estipulaciones del plan.

DERECHO A RECOPILAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA

Para recibir las prestaciones, el reclamante deberá facilitar al administrador del fideicomiso toda la información necesaria para coordinar las prestaciones. Con el consentimiento del reclamante, el Plan puede divulgar o recabar de cualquier persona u organización cualquier información necesaria sobre el reclamante.

FACILIDAD DE PAGO

Si las prestaciones que el Plan debería haber abonado son pagadas en su lugar por otro plan, el Plan podrá reembolsar al otro plan. Las cantidades reembolsadas son prestaciones del Plan y se tratan como otras prestaciones del Plan a la hora de satisfacer la responsabilidad del Plan.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si el Plan paga más por un gasto cubierto de lo que estipula esta estipulación, el pago en exceso podrá recuperarse de:

- El reclamante
- Cualquier persona a la que se haya efectuado el pago
- Cualquier empresa de seguros, plan de servicios o cualquier otra organización que debería haber efectuado el pago
- Cualquier proveedor

El Plan tiene derecho a compensar el pago futuro de las prestaciones con una cantidad adeudada al Plan.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Si un reclamante está cubierto por más de un plan, se recomienda presentar la reclamación a todos los planes al mismo tiempo. De ese modo, se podrán determinar y pagar más rápidamente las prestaciones coordinadas que correspondan.

REEMBOLSO A TERCEROS Y/O SUBROGACIÓN

Usted puede tener una reclamación contra otra persona o parte para el pago de gastos médicos y de otro tipo, si usted o sus dependientes incurrir en gastos médicos o de otro tipo:

- Relacionados con lesiones o enfermedades causadas por la acción u omisión de otra persona o;
- Que otra persona pueda ser responsable o esté legalmente obligada a pagar

El Fideicomiso adelantará el pago de los gastos cubiertos incurridos como resultado de la lesión/enfermedad accidental de la que un tercero sea responsable, con la condición de que el empleado, su dependiente y su abogado (si corresponde) completen y firmen el Acuerdo de Reembolso del Plan para reembolsar al Fideicomiso y ceder al Fideicomiso cualquier recuperación por acuerdo o sentencia hasta la cantidad de las prestaciones pagadas por el Fideicomiso. Por derechos de reembolso se entiende el derecho del Plan a ser reembolsado si:

- El plan paga las prestaciones para usted o sus dependientes a causa de una lesión o enfermedad provocada por la acción u omisión de un tercero, y
- Usted, su dependiente o cualquier representante legal recupera una cantidad del tercero, de la aseguradora del tercero, de una aseguradora de automovilistas no asegurados o subasegurados, o de cualquier otra fuente o persona a causa del acto u omisión del tercero. Esta recuperación puede ser el resultado de una demanda, un acuerdo o cualquier otro acto. El Plan tiene derecho a cobrar de cualquier recuperación, hasta la cantidad de las prestaciones pagadas por el Plan, independientemente de los honorarios de abogados, costos u otros cargos.

Por derechos de subrogación se entiende el derecho del Plan a hacer efectiva la recuperación de las prestaciones pagadas por usted o sus dependientes a causa de una lesión o enfermedad provocada por la

acción u omisión de un tercero. El Plan tiene derecho a cobrar del importe bruto de cualquier recuperación, hasta la cantidad de las prestaciones del Plan que pague.

! PUNTO CLAVE !

Subrogación significa que el Plan, después de pagar su reclamación, puede “ponerse en su lugar” y solicitar el reembolso a otra entidad en su nombre. La subrogación permite al Plan emprender acciones legales directas contra una parte responsable.

DERECHOS DE REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN

Si usted o sus dependientes sufren una lesión o enfermedad causada o supuestamente causada por un acto u omisión de un tercero:

- El plan pagará las prestaciones por dicha lesión o enfermedad con sujeción a sus derechos de reembolso y subrogación y a condición de que usted o su dependiente (o el representante legal de usted o su dependiente):
 - No realice ninguna acción que pueda perjudicar los derechos de reembolso o los derechos de subrogación del Plan
 - Completará y firmará el acuerdo de reembolso del Plan.
 - Colaborará haciendo lo que sea razonablemente necesario para ayudar al Plan a hacer valer sus derechos de reembolso o sus derechos de subrogación.
 - No negociará ni ingresará en ningún acuerdo con terceros que pueda socavar los derechos de cesión, subrogación o reembolso del Plan. Todos esos acuerdos se considerarán inaplicables y se ignorarán a efectos de determinar y hacer valer los derechos del Plan.
 - Los derechos de reembolso o subrogación del Plan no se reducirán porque:
 - La recuperación no le compense plenamente a usted o a su dependiente por todas las pérdidas sufridas o alegadas.
 - La recuperación no se describa como relacionada con los costos médicos o la pérdida de ingresos.
- El Plan podrá hacer valer sus derechos de reembolso o sus derechos de subrogación presentando un derecho de retención ante el tercero, el asegurador del tercero u otro asegurador, un tribunal que tenga jurisdicción en este asunto o cualquier otra parte adecuada. El Plan también podrá reclamar un derecho de retención sobre los fondos en poder de cualquier persona, incluido su abogado u otra parte que tenga o haya tenido antes del desembolso la custodia de dichos fondos.
- El Plan tendrá derecho a una orden judicial que le prohíba a usted y a cualquier representante gastar o transferir cualquier parte de cualquier recuperación que usted obtenga hasta que se resuelva definitivamente cualquier disputa entre el Plan y usted (o un representante), o hasta que un tribunal emita una decisión definitiva sobre los derechos del Plan.
- La cantidad del reembolso del Plan no se verá reducida por los honorarios legales o costos judiciales incurridos en la búsqueda de la recuperación, salvo que el administrador del fideicomiso acuerde lo contrario por escrito.
- El Plan podrá optar por cargar cualquier reembolso que se deba en virtud de esta estipulación contra cualquier otro pago de prestaciones para usted o sus dependientes en virtud del Plan. Esto no reducirá el derecho del Plan a cobrar de cualquier recuperación hasta la cantidad de las prestaciones del Plan que aún no se hayan reembolsado.
- Cuando contrate a un abogado para que le asista en la reclamación contra el tercero que le causó la lesión o enfermedad, el abogado deberá firmar el acuerdo de derechos de reembolso y derechos de subrogación como condición para el pago de las prestaciones.
 - Su abogado también debe reconocer por escrito que el Plan excluye la aplicación de defensas equitativas a los derechos del Fondo, incluidas las doctrinas de “recuperación íntegra” y “fondos comunes”.
 - El Plan no pagará los honorarios de su abogado ni los costos asociados con la recuperación de los fondos, ni reducirá su reembolso a prorrata para el pago de los honorarios y costos de cualquier abogado. Cualquier honorario de abogado se pagará con cargo a la recuperación sólo después de que el Plan haya recibido el reembolso completo.
 - Usted y su abogado que reciban cualquier recuperación, ya sea por sentencia, acuerdo, compromiso o de otro modo, tienen la obligación absoluta de entregar inmediatamente la recuperación o las recuperaciones al Plan. Si cualquier recuperación o fondos recibidos no se presentan inmediatamente al Plan, se considerará que usted, su abogado o cualquier otra persona que posea la recuperación la mantiene en fideicomiso constructivo para el Plan.
 - El Plan tendrá derecho a cobrar a su abogado las sumas adeudadas en virtud de estas estipulaciones utilizando las leyes federales y las leyes y normas estatales aplicables. El derecho del Plan a cobrarle a su abogado es independiente y adicional a su derecho a cobrarle a usted.
- Cuando sean aplicables los derechos de reembolso y/o subrogación de terceros del Plan, el reclamante y el abogado del reclamante, según corresponda, deberán completar y devolver a la Oficina Fiduciaria dicho acuerdo de derechos de reembolso y subrogación dentro de los **180 días** posteriores a la fecha en que el Plan envió inicialmente el acuerdo al reclamante. Si el acuerdo y toda la documentación de apoyo necesaria no son recibidos por el Plan en la fecha que es **180 días** después de que el Plan envió el acuerdo al reclamante, el Plan denegará todas las

reclamaciones sujetas a los derechos de reembolso o derechos de subrogación de terceros del Plan. El Plan puede aplicar los criterios de suspensión equitativa con respecto a este plazo para prolongar el plazo si el reclamante puede demostrar que estaba incapacitado de tal manera que no le fue posible al reclamante o a su representante completar la documentación necesaria.

! PUNTO CLAVE !

Si el acuerdo y toda la documentación de apoyo necesaria no son recibidos por el Plan antes de la fecha en que se cumplen 180 días desde que el Plan envió el acuerdo al reclamante, el Plan denegará todas las reclamaciones sujetas a los derechos de reembolso a terceros o a los derechos de subrogación del Plan.

NORMA ANTIFRAUDE

El Plan ha adoptado enérgicas normas y procedimientos antifraude, que incluyen:

- El Plan no permitirá a sabiendas que ninguna persona o entidad cometa un fraude contra el Plan con el fin de obtener las prestaciones o pagos a los que no tenga derecho legítimo. El Plan podrá terminar la cobertura de una persona cubierta si se descubre que ésta ha incurrido en una conducta fraudulenta contra el Plan.
- Los procedimientos internos del Plan investigan activamente cualquier circunstancia que pueda implicar una tergiversación o engaño intencionados por parte de un proveedor de servicios, un beneficiario, un Empleador cotizante o un participante o beneficiario cubierto.
- El Plan investiga activamente las circunstancias que impliquen prácticas inaceptables que impongan mayores costos al Plan.
- El Plan trata de identificar a todas las personas y entidades que hayan realizado declaraciones falsas, obtener la recuperación de las prestaciones u otros servicios concedidos indebidamente y remitir todas estas circunstancias a otras oficinas de la autoridad.

Si conoce alguna circunstancia que implique una conducta potencialmente fraudulenta perpetrada contra el Plan, le rogamos que informe al administrador del fideicomiso. La Mesa Directiva agradece toda la asistencia prestada para reducir costos evitando el pago de prestaciones no autorizadas.

Si el Plan tiene que emprender acciones legales o incurrir en honorarios de abogados para intentar recuperar los fondos de usted o sus dependientes, usted será responsable de toda posible responsabilidad por los intereses de las prestaciones o pagos obtenidos indebidamente y de los honorarios de abogados y costos incurridos por el Plan para el cobro de dichos fondos, independientemente de que el pago se haya realizado en circunstancias fraudulentas o de que usted o sus dependientes hayan declarado falsamente.

DEFINICIONES/GLOSARIO

Salvo que el contexto exija lo contrario, los términos que figuran a continuación tienen las siguientes definiciones cuando se utilizan en este libro.

Acupuntura significa la práctica de la inserción de agujas en lugares exteriores específicos del cuerpo para:

- Aliviar el dolor
- Inducir anestesia quirúrgica
- Con fines terapéuticos

Empleador ADEA significa un Empleador que:

- Está sujeto a la Ley de EE.UU. contra la Discriminación por Edad en el Empleo (ADEA)
- Tiene 20 o más empleados cada día laborable en 20 o más semanas civiles durante el año civil en curso o el anterior

Administrador o administrador del fideicomiso significa BeneSys, Inc.

Determinación adversa de las prestaciones se refiere a la denegación, reducción, terminación o falta de prestación o de pago (total o parcial) de una prestación, incluida la denegación, reducción, terminación o falta de prestación o de pago (total o parcial) basada en la no elegibilidad de la persona cubierta para las prestaciones del Plan.

Edad de 65 años (tal y como se utiliza en las estipulaciones de coordinación de prestaciones) significa la edad alcanzada a las 12:01 a.m. del primer día del mes en el que la persona cubierta cumple 65 años.

El empleado de la unidad de negociación es una persona:

- Con buena reputación en el International Union of Painters and Allied Trades, que reside dentro de la distancia de desplazamiento y está disponible para trabajar dentro del área jurisdiccional de un local del Sindicato aceptado por el Fideicomiso como local del Sindicato participante; y
- Con respecto a un Empleador contribuyente, conforme a los términos de un acuerdo de negociación colectiva, que realice cotizaciones al Fideicomiso por cada hora trabajada por dicho empleado para la adquisición de prestaciones de salud y bienestar, excluidas las prestaciones de jubilación.

Órgano corporal significa cualquiera de los siguientes:

- Riñón
- Corazón
- Corazón/pulmón
- Hígado
- Páncreas (cuando la afección no es tratable mediante el uso de terapia insulínica)
- Médula ósea
- Córnea

Medicamento de marca significa un medicamento patentado cubierto aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

El año civil va del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

Los reclamantes se refieren a la persona, participante o beneficiario para el que se presenta la reclamación.

Periodo de reclamación significa parte o la totalidad de un año civil durante el cual el reclamante está asegurado por el Plan.

COBRA significa la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, con sus modificaciones.

Agencia Comunitaria de Salud Mental significa una agencia que:

- Está autorizada como tal por la autoridad competente del estado en el que se encuentre
- Tiene en vigor un plan de garantía de calidad y de revisión por pares
- Proporciona tratamiento bajo la supervisión de un médico o un psicólogo autorizado

El Empleador contribuyente es toda persona o entidad que, en virtud de un acuerdo de negociación colectiva, efectúa pagos al Fideicomiso para la adquisición de prestaciones de salud y bienestar para los empleados de las clasificaciones laborales cubiertas por dicho acuerdo de negociación.

Copago es una cantidad que la persona cubierta debe abonar antes de que se paguen las prestaciones y que se devenga en la fecha en que se recibe el medicamento o servicio cubierto. Los copagos no pueden utilizarse para satisfacer ningún deducible ni el límite de pérdida máxima para gastos médicos mayores.

Cirugía estética significa cualquier procedimiento quirúrgico realizado principalmente:

- Para mejorar el aspecto físico sin corregir materialmente una disfunción corporal
- Para prevenir o tratar una enfermedad mental mediante un cambio en la forma corporal

Medicamento cubierto significa:

- Un fármaco o medicamento que requiere receta escrita de un médico
- Insulina y determinados suministros para diabéticos (agujas, jeringuillas, pastillas de análisis, bastoncillos, cintas, tiras y lancetas)
- Medicamentos anticonceptivos que requieren receta escrita de un médico

Los gastos cubiertos son los cargos usuales y habituales por cualquier servicio o suministro de atención médica que sea necesario desde el punto de vista médico y que esté cubierto, al menos en parte, por el Plan u otros planes (a efectos de coordinación de prestaciones).

Persona cubierta significa usted y sus dependientes que estén cubiertos por el Plan.

Cuidados de custodia se refiere a los servicios o suministros, independientemente de dónde o quién los preste, que:

- Una persona sin conocimientos o formación médica podría proporcionar o podría recibir capacitación para proporcionarlos;
- Son prestados principalmente para ayudar a la persona cubierta con las actividades de la vida diaria, incluyendo (pero sin limitarse a):
 - Caminar, meterse o levantarse de la cama, hacer ejercicio y mover a la persona cubierta
 - Baño, uso del inodoro portátil, administración de enemas, vestido y asistencia en cualquier otra necesidad de higiene física u oral
 - Asistencia para comer por utensilio, sonda o gastrostomía
 - Labores domésticas, como la preparación de comidas o dietas especiales y la limpieza de la casa
 - Actuar como acompañante o niñera
 - Supervisar la administración de medicamentos que normalmente pueden autoadministrarse, incluyendo recordatorios de cuándo tomar dichos medicamentos
- Proporcionar un entorno protector;
- Formen parte de un plan de tratamiento de mantenimiento o no formen parte de un plan de tratamiento activo destinado a mejorar la enfermedad, lesión o capacidad funcional de la persona cubierta, o que razonablemente se espere que lo haga; o bien
- Se prestan por conveniencia de la persona cubierta o del cuidador o se prestan porque los arreglos del propio domicilio de la persona cubierta no son adecuados o apropiados.

El Plan determinará qué servicios o suministros son cuidados de custodia. Cuando se determine que una hospitalización en un centro o una consulta al médico son principalmente cuidados de custodia, algunos servicios (como los medicamentos con receta, las radiografías y las pruebas de laboratorio) podrán seguir estando cubiertos si son médicamente necesarios y están cubiertos de otro modo. Todas las facturas deberán presentarse de forma rutinaria para su consideración.

Día(s) significa día(s) civiles.

Lesión dental significa una lesión en los dientes naturales sanos causada por una fuerza externa como un golpe o una caída. No incluye la rotura de dientes al masticar.

Dentista significa una persona con licencia para ejercer en el estado donde se realiza el procedimiento dental, que opera dentro del ámbito de su licencia y realiza un servicio que se paga según el Plan.

- Cuando la ley lo exija, dentista significa cualquier otro profesional autorizado que actúe dentro del ámbito de su licencia y realice un servicio que sea pagadero según el Plan cuando lo realice un dentista.

- Un dentista no incluye a una persona que viva con usted o forme parte de su familia (usted; su cónyuge; o un hijo, hermano, hermana o progenitor suyo o de su cónyuge).

Por cuidados para el desarrollo se entienden los servicios o suministros, independientemente de dónde o quién los preste, que:

- Se prestan a una persona cubierta que no haya alcanzado previamente el nivel de desarrollo esperado para la edad de la persona cubierta en las siguientes zonas de actividad vital principal:
 - Intelectual
 - Físico
 - Lenguaje receptivo y expresivo
 - Aprendizaje
 - Movilidad
 - Autodirección
 - Capacidad para la vida independiente
 - Autosuficiencia económica
- No son de naturaleza rehabilitadora (restauración de habilidades plenamente desarrolladas que se han perdido o deteriorado debido a una lesión o enfermedad)
- Son de naturaleza educativa

El Plan determinará qué servicio o suministros son cuidados para el desarrollo. Cuando se determine que una hospitalización, consulta u otro servicio o suministro es principalmente para cuidados del desarrollo, algunos servicios o suministros (como medicamentos con receta, radiografías y pruebas de laboratorio) pueden seguir estando cubiertos si son médicamente necesarios y están cubiertos de otro modo. Todas las facturas deben presentarse de forma rutinaria para su consideración.

Medicamento significa cualquier sustancia recetada por un médico tomada por vía oral; inyectada en un músculo, la piel, un vaso sanguíneo o una cavidad del cuerpo, o aplicada sobre la piel para tratar o prevenir una enfermedad, e incluye específicamente los medicamentos o productos biológicos utilizados en un régimen quimioterapéutico contra el cáncer para una indicación médicamente aceptada o para el tratamiento de personas con VIH o SIDA.

Por equipo médico duradero se entiende el equipo que:

- Pueda soportar un uso repetido
- Se utilice principal y habitualmente para un fin médico
- No sea generalmente útil para una persona en ausencia de una lesión o enfermedad
- Es adecuado para su uso en el hogar

No incluye equipos con un uso no médico, como lámparas solares o de calor, almohadillas térmicas, bañeras de hidromasaje, aparatos para hacer ejercicio, rampas o pasamanos, ni acondicionadores de aire, purificadores, humidificadores, irrigadores bucales “waterpik”s o inodoro portátil.

El Empleado Activo Elegible es un empleado que trabaja para un empleador cotizante que cumple con los requisitos de elegibilidad iniciales y mantiene suficientes horas o cantidades de primas para continuar siendo elegible, de acuerdo con los términos de los planes de cobertura aplicables.

Servicios de emergencia significa los servicios de atención médica cubiertos de otro modo que sean médicamente necesarios para evaluar y tratar una situación de emergencia médica, prestados en el servicio de urgencias de un hospital.

ERISA significa la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, con sus enmiendas, un estatuto federal que, junto con otras leyes y reglamentos federales, rige la administración del Fideicomiso y del Plan.

Los gastos se refieren a los gastos incurridos por un servicio o suministro cubierto que haya sido ordenado o recetado por un médico. El gasto se considera incurrido en la fecha en que se recibe el servicio o suministro. El gasto no incluye ningún cargo:

- Por un servicio o suministro que no sea médicamente necesario
- Que supere el cargo global usual y habitual por un servicio o suministro

Medicamento, dispositivo y tratamiento o procedimiento experimental o en investigación significa un:

- Medicamento o dispositivo que no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EEUU, y cuya comercialización no ha sido aprobada en el momento en que se suministra el medicamento o dispositivo
- Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que haya sido revisado y aprobado (o que la ley federal exija que sea revisado y aprobado) por la junta de revisión institucional del centro tratante u otro organismo que desempeñe una función similar, o un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que se utilice con un documento de consentimiento informado del paciente que haya sido revisado y aprobado (o que la ley federal exija que sea revisado y aprobado) por la junta de revisión institucional del centro tratante u otro organismo que desempeñe una función similar.
- Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que, según pruebas fiables, sea objeto de ensayos clínicos en curso de fase I, II o III o que se esté estudiando para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.
- Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento para el que la opinión predominante entre los expertos, demostrada por pruebas fiables, es que son necesarios más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

Medicamento genérico significa un medicamento cubierto, independientemente del fabricante, que es bioequivalente a un medicamento de marca y que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. No todos los medicamentos de marca tienen un equivalente genérico.

Cargo global significa el gasto único incurrido por la combinación de todos los servicios médicos necesarios prestados normalmente por un médico u otro proveedor cubierto (o varios médicos u otros proveedores cubiertos) antes, durante y después del servicio médico principal. El cargo global se basará en una descripción completa del servicio médico cubierto, en lugar de una descripción fragmentada de dicho servicio. El cargo global no superará el cargo usual y habitual permitido por nosotros. El Plan determinará lo que se incluye en el cargo global.

Por cobertura médica se entienden las prestaciones hospitalarias, quirúrgicas, médicas, odontológicas, oftalmológicas o de medicamentos recetados que proporciona el Plan. La elegibilidad y las prestaciones del Plan Médico están sujetas a cambios como resultado de inscripciones abiertas o modificaciones del Plan.

Por Agencia de salud a domicilio se entiende una agencia u organización pública o privada que:

- Administre y preste servicios de atención médica a domicilio
- Y está, ya sea:
 - Certificada como tal por el Departamento Estatal de Servicios Sociales y de Salud; o
 - Con licencia o certificado como tal por el estado en el que se prestan los servicios.

Plan de atención médica a domicilio significa un plan de atención y tratamiento continuado de una persona cubierta:

- Que esté bajo la atención de un médico
- Cuyo médico certifique que, sin la atención médica a domicilio, sería necesaria su hospitalización o ingreso en un centro de enfermería especializada.

El plan de atención médica a domicilio debe ser:

- Establecido por un médico en los 14 días siguientes al inicio de la atención médica a domicilio
- Certificado por un médico cada 30 días tras el inicio de la atención médica a domicilio

Servicios de atención médica a domicilio significa los servicios y suministros enumerados anteriormente, que son proporcionados:

- Por una agencia de asistencia médica a domicilio
- En el domicilio de la persona cubierta
- De conformidad con un plan de atención médica a domicilio

Agencia de cuidados paliativos significa una agencia u organización pública o privada que:

- Administre y preste cuidados paliativos y esté:

- Certificada como tal por el Departamento Estatal de Servicios Sociales y de Salud;
- Autorizada o certificada como tal por el estado en el que se prestan los servicios;
- Certificado para participar como tal en Medicare; o
- Acreditado como tal por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales o la Organización Nacional de Cuidados Paliativos.

Plan de cuidados paliativos significa un plan de cuidados continuados de un enfermo terminal cubierto que está bajo el cuidado de un médico:

- Que establece un médico en los 14 días siguientes al inicio de los cuidados paliativos.
- Que es certificado por un médico cada 30 días después de que comiencen los cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos se entienden los servicios paliativos (control del dolor) y de apoyo médico, de enfermería y otros servicios sanitarios prestados:

- Por una agencia de cuidados paliativos
- En el domicilio de la persona cubierta o en una unidad o centro de cuidados paliativos para pacientes ingresados
- De conformidad con un plan de cuidados paliativos

Hospital significa cualquiera de las siguientes instalaciones que estén autorizadas por la autoridad competente en la zona en la que se encuentren:

- Un lugar que esté autorizado como hospital general
- Un lugar que:
 - Funciona para el cuidado y tratamiento de pacientes internos residentes
 - Cuenta con una enfermera diplomada (RN) siempre de guardia
 - Cuenta con un laboratorio y un servicio de rayos X
 - Cuenta con un lugar donde se realizan operaciones quirúrgicas mayores
- Un centro acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias, la Asociación Americana de Osteopatía o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación, si la función de dicho centro es principalmente de carácter rehabilitador, siempre que dicha rehabilitación sea específicamente para el tratamiento de una incapacidad física. No es necesario que dicho centro disponga de instalaciones de cirugía mayor.
- Cuando se necesite tratamiento para un Trastorno Mental/Abuso de Alcohol y Drogas o Abuso de Sustancias, Hospital también puede significar un lugar que reúna estos requisitos:
 - Dispone de habitaciones para pacientes internos residentes

- Está equipado para tratar trastornos mentales/abuso de alcohol y drogas o abuso de sustancias
- Tiene un médico residente de guardia o de guardia en todo momento
- Como práctica habitual, cobra al paciente los gastos de hospitalización
- Está autorizado por la autoridad competente de la zona en la que se encuentra
- Un hospital no incluye un hospital o institución o parte de un hospital o institución que esté autorizado o se utilice principalmente como casa de convalecencia, casa de reposo, residencia de ancianos, casa de transición a bordo y centro de cuidados, centro residencial de tratamiento (excepto en el caso de las prestaciones por dependencia de sustancias químicas), programa “selvático”, hogar de grupo de tratamiento o “campamento de entrenamiento.”

Por hospitalización se entiende una estancia hospitalaria médicamente necesaria de 24 horas consecutivas o más en uno o varios departamentos o partes de un hospital con el fin de recibir cualquier tipo de servicio médico. Estos requisitos se aplican incluso si el hospital no cobra por cuarto y comida diarios. La forma en que el hospital clasifique la estancia también es irrelevante.

Cualquier hospitalización que satisfaga esta definición estará sujeta a todas las estipulaciones del Plan relativas a los servicios o ingresos hospitalarios, incluidos los requisitos de revisión previa al ingreso que sean de aplicación. Las estancias o servicios hospitalarios que no satisfagan esta definición se considerarán según las estipulaciones del Plan para los servicios ambulatorios.

Enfermedad significa una dolencia, trastorno o afección que requiere tratamiento por parte de un médico.

- Para una empleada y sus cónyuges dependientes, la enfermedad incluye el parto o el embarazo
- Para una hija dependiente, la enfermedad no incluye el embarazo normal ni el parto normal, pero sí las complicaciones del embarazo

Por lesión se entiende una lesión corporal accidental que es el resultado directo de una fuerza o un elemento externo repentino, inesperado y no intencionado, como un golpe o una caída que requiere tratamiento por parte de un médico. Debe ser independiente de una enfermedad o de cualquier otra causa, incluidas, entre otras, las complicaciones derivadas de la atención médica.

Trastorno de la articulación mandibular significa cualquier desalineación, disfunción u otro trastorno de la articulación mandibular (o del complejo de músculos, nervios y tejidos relacionados con dicha articulación). Incluye:

- Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), artritis o artrosis
- Otros trastornos de la articulación craneomandibular

- Síndrome de dolor miofacial u orofacial
- No incluye una fractura o luxación resultante de una lesión

Medicamento de mantenimiento es un medicamento cubierto que se receta para una enfermedad crónica que requiere una medicación continuada de forma regular o a largo plazo.

Terapia de masaje es la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo mediante caricias, roces, amasamientos o golpecitos para aumentar la circulación, mejorar el tono muscular y fomentar la relajación.

Mastectomía significa la extirpación total o parcial de la mama por razones médicamente necesarias.

Emergencia médica significa la aparición urgente y aguda de un síntoma o síntomas, incluido el dolor intenso, que llevarían a una persona no experta prudente que actúe de forma razonable a creer que existe un problema de salud que requiere atención médica inmediata, si la falta de atención médica tuviera como consecuencia:

- Deterioro grave de las funciones corporales
- Disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo
- Puesta en grave peligro de la salud de la persona
- La parte que corresponda al paciente de la diferencia entre las cantidades de reparto de costes por el uso de los servicios de Proveedores Preferidos frente a los de Proveedores No Preferidos no superará los \$50
- Si el servicio de urgencias de un hospital no participante presta servicios de emergencia, las prestaciones se pagarán al nivel de Proveedor Preferido, cuando:
 - Debido a circunstancias ajenas a la voluntad de la persona cubierta, ésta no haya podido acudir oportunamente a un hospital participante sin que su salud se viera gravemente perjudicada
 - Una persona prudente que posea un conocimiento medio de salud y medicina hubiera creído razonablemente que no podría acudir a un hospital participante en el momento oportuno sin que su salud se viera gravemente perjudicada

Un servicio o suministro médicamente necesario es aquel que ha sido ordenado por un médico y que el Plan determina que es:

- Proporcionado para el diagnóstico o tratamiento directo de una lesión o enfermedad
- Adecuada y coherente con los síntomas y hallazgos o el diagnóstico y tratamiento de la lesión o enfermedad de la persona cubierta
- Prestado de conformidad con la práctica médica generalmente aceptada a nivel nacional
- El suministro o nivel de servicio más adecuado que pueda proporcionarse de forma rentable (incluidos, entre otros, la atención hospitalaria frente a la ambulatoria, la silla de ruedas

eléctrica frente a la manual, la atención quirúrgica frente a la médica u otros tipos de atención)

El hecho de que el médico de la persona cubierta recete servicios o suministros no significa automáticamente que dichos servicios o suministros sean médicamente necesarios y estén cubiertos por el Plan.

Las prestaciones de Medicare hacen referencia a las prestaciones por servicios y suministros que la persona cubierta recibe o para las que tiene derecho en virtud de Medicare.

Trastorno mental/Abuso de alcohol y drogas o abuso de sustancias significa cualquier afección o enfermedad, independientemente de su causa, que figure en la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades como trastorno mental. No se incluyen en esta definición las afecciones o enfermedades específicamente excluidas.

El Plan puede incluir prestaciones especiales para alguna o varias de las afecciones incluidas en esta definición. Si el Plan lo hace, sólo las prestaciones especiales relacionadas con dichas afecciones estarán disponibles para esa afección.

Por atención naturopática se entiende un sistema de terapéutica en el que no se utilizan agentes quirúrgicos ni médicos, dependiente de que se apoye en fuerzas naturales (no médicas), como:

- Alimentos naturales
- La luz
- Calor
- Masaje
- Aire fresco
- Ejercicio regular
- La evitación de medicamentos

Los servicios de terapias del neurodesarrollo incluyen los servicios de las personas autorizadas a prestar terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia. Dichos servicios serán:

- Para el mantenimiento de un hijo dependiente en los casos en que se produciría un deterioro significativo del estado del paciente sin el servicio
- Para restablecer y mejorar la función
- Revisado periódicamente por un médico

Proveedor no preferente significa un proveedor que no tiene contrato con su aseguradora o plan de salud para prestarle servicios.

Embarazo normal o parto normal significa embarazo o parto sin complicaciones del embarazo.

Complicaciones del embarazo significa:

- Cualquier afección que dé lugar a hospitalización, cuyo diagnóstico sea distinto del embarazo, pero que esté afectada negativamente o causada por el embarazo.

- Una cesárea no electiva, un embarazo ectópico que se termina, una interrupción espontánea del embarazo cuando no es posible un parto viable, una infección puerperal, eclampsia y toxemia.
- El falso parto, el manchado ocasional, el reposo recetado por el médico, la enfermedad matutina, la hiperémesis gravídica, la preeclampsia y otras afecciones similares asociadas a un embarazo difícil no son complicaciones del embarazo.

Terapia ocupacional significa el tratamiento, cuando usted o su dependiente están físicamente incapacitados, mediante actividades constructivas diseñadas y adaptadas para fomentar el restablecimiento de la capacidad de realizar satisfactoriamente las tareas ordinarias de la vida diaria y las requeridas por la función ocupacional particular de usted o su dependiente.

Uso no indicado en la etiqueta significa el uso recetado de un medicamento distinto al indicado en su etiquetado aprobado por la Administración Federal de Medicamentos (FDA).

Otro proveedor significa un proveedor de servicios cubiertos que:

- No participa en la opción de Proveedor Preferido
- No aparece en nuestra lista actual de miembros en esa opción
- Los pagos a otros proveedores se basarán en los gastos usuales y habituales
- El Plan no supervisa, controla ni garantiza los servicios de atención médica de ningún Proveedor Preferido u Otro Proveedor

Nuestro, Nosotros o Nos significa el Employee Painters' Trust.

Los gastos de bolsillo son los gastos en los que incurre la persona cubierta por los servicios cubiertos durante el año civil y que debe pagar de su bolsillo:

- Para satisfacer el deducible
- Como coaseguro (el porcentaje que la persona cubierta debe pagar de conformidad con la estipulación de porcentaje a pagar)

PBM significa gerente de prestaciones de recetas Elixir

Literatura médica revisada por pares significa estudios científicos impresos en revistas u otras publicaciones en las que los manuscritos originales se publican sólo después de haber sido revisados críticamente en cuanto a exactitud científica, validez y fiabilidad por expertos independientes imparciales. La literatura médica revisada por pares no incluye las publicaciones internas de las empresas de fabricación de productos farmacéuticos.

Persona con diabetes: persona diagnosticada por un profesional de la atención médica de diabetes insulino dependiente, diabetes no insulino dependiente o niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo.

Por fisioterapia se entiende el tratamiento mediante:

- Manipulación manual u otros medios físicos
- Hidroterapia
- Calor

- Agentes físicos
- Criterios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos; utilizados para:
 - Aliviar el dolor
 - Restablecer la máxima función corporal
 - Prevenir la incapacidad derivada de una lesión o enfermedad
- La fisioterapia no incluirá la rehabilitación cardíaca

Médico se refiere a cualquiera de los siguientes facultativos autorizados que presten un servicio que se pague en virtud del Plan:

- Un doctor en medicina (MD), osteopatía (DO), podología (DPM) o quiropráctica (DC)
- Un doctor licenciado en psicología clínica
- Un consejero con nivel de maestría y trabajador social licenciado o certificado
- Un asistente médico licenciado (PA)
- Cuando la ley exija cobertura, cualquier otro profesional licenciado que:
 - Actúe dentro del ámbito de su licencia
 - Preste un servicio que se pague en virtud del Plan cuando lo realice un médico titulado
- Un médico no incluye a una persona que viva con usted o forme parte de su familia (usted; su cónyuge; o un hijo, hermano, hermana o progenitor suyo o de su cónyuge).

Colocado para adopción significa la asunción y retención por parte de la persona cubierta de una obligación legal de manutención total o parcial de dicho niño en previsión de la adopción del mismo.

Plan significa las estipulaciones y prestaciones descritas en el Plan, así como cualquiera de las siguientes coberturas que proporcionan pagos de prestaciones o servicios a una persona cubierta para cuidados hospitalarios, médicos, quirúrgicos, de medicamentos con receta, dentales o de la vista:

- Seguro colectivo o general (excepto el seguro de accidentes para estudiantes)
- Blue Cross y/o Blue Shield colectivos y otras coberturas de prepago en grupo, incluidas las HMO (organizaciones para el mantenimiento de la salud)
- Cobertura de un plan fiduciario obrero-patronal, un plan de bienestar del Sindicato, un plan de una organización patronal o un plan de prestaciones para empleados
- Cobertura en virtud de programas gubernamentales, salvo Medicaid, y cualquier otra cobertura exigida o prevista por la ley
- Otros acuerdos de cobertura colectiva asegurada o autoasegurada

Si alguna de estas coberturas incluye la cobertura de indemnización hospitalaria de tipo colectivo y de grupo, Plan también significa

aquella cantidad de prestaciones de indemnización que supere los \$200 al día.

Precertificación, autorización previa, autorización previa significa que necesita la autorización previa de Aetna para algunos servicios sanitarios elegibles. La aprobación previa también se denomina precertificación, autorización previa o autorización previa.

Proveedor Preferido significa un proveedor de servicios cubiertos que:

- Está participando en nuestra opción de Proveedor Preferido
- Aparece en nuestra lista actual de proveedores participantes en esa opción

Los pagos a los Proveedores Preferidos se basarán en acuerdos con proveedores que participen en la opción de Proveedor Preferido.

Medicamento recetado significa un medicamento que requiere receta médica según la legislación federal o estatal se proporcionará cuando lo dispense un farmacéutico autorizado para tratar una enfermedad cubierta por el Plan. También se proporcionarán las vacunas antigénicas y antialérgicas y la insulina dispensadas por un médico o un laboratorio certificado. Cualquier otro medicamento o fármaco dispensado por el médico o cualquier medicamento que no requiera receta médica no se proporcionará salvo que el Plan lo permita. Las compras de medicamentos por correo suelen limitarse a un suministro para 90 días.

Plan colectivo anterior significa el plan colectivo que proporciona prestaciones similares (ya sea asegurado o autoasegurado, incluidos los planes HMO y otros planes de prepago proporcionados por el Plan) en vigor inmediatamente antes de la fecha de vigencia del Plan.

Cirugía reconstructiva significa cualquier procedimiento quirúrgico que repare una estructura corporal anormal.

Derechos de reembolso significa el derecho del Fideicomiso o del Plan a ser reembolsado si:

- El Plan paga las prestaciones para usted o sus dependientes debido a una lesión o enfermedad causada por un acto u omisión de un tercero.
- Usted, su dependiente o el representante legal recuperan una cantidad del tercero, de la aseguradora del tercero, de una aseguradora de automovilistas no asegurados o de cualquier otra fuente o persona a causa de la acción u omisión del tercero. Esta recuperación puede ser el resultado de una demanda, un acuerdo o cualquier otro acto. El Fideicomiso tiene derecho a cobrar de cualquier recuperación, hasta la cantidad de prestaciones que pague el Plan, independientemente de los honorarios de abogados, costos u otros cargos.

Pruebas fiables se refiere únicamente a los informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada; el protocolo o protocolos escritos utilizados por el centro tratante o el protocolo o protocolos de otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento; o el consentimiento informado escrito utilizado por el centro tratante o por

otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento.

El estado de salud grave se define como se indica en la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA).

Servicio en los Servicios Uniformados significa el cumplimiento del deber de forma voluntaria o involuntaria en un servicio uniformado bajo autoridad competente e incluye el servicio activo, el servicio activo para capacitación, el servicio activo inicial para capacitación, el servicio inactivo para capacitación, el servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional y un periodo durante el cual una persona se ausenta de un puesto de trabajo con el fin de someterse a un examen para determinar la aptitud de la persona para cumplir cualquiera de dichos deberes.

Tratamiento para dejar de fumar significa el tratamiento recibido en relación con el consumo de tabaco, incluida la masticación.

Logopedia significa el tratamiento para la corrección de una deficiencia del habla resultante de una lesión, enfermedad o intervención quirúrgica, o dicho tratamiento tras una intervención quirúrgica para corregir anomalías congénitas y del desarrollo. La logopedia sólo está cubierta si existe la recomendación de un médico de que la logopedia es necesaria para una persona cubierta. La logopedia de carácter educativo, como por ejemplo para el tratamiento de una incapacidad de aprendizaje, no está cubierta.

Por dientes naturales sanos se entienden los dientes que:

- Están enteros o debidamente restaurados
- Estén sin deterioro o enfermedad periodontal
- No necesiten el tratamiento proporcionado por motivos distintos a una lesión dental

Por tratamiento de la columna vertebral se entiende la detección o corrección para eliminar la interferencia nerviosa o sus efectos (por medios manuales o mecánicos) de:

- Desequilibrio estructural
- Distorsión
- Subluxación corporal
- La interferencia debe ser el resultado de o estar relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral

Compendio de referencia estándar significa:

- *The American Hospital Formulary*, servicio de información sobre medicamentos
- The American Medical Association Drug Evaluation. Evaluación de medicamentos de la asociación médica americana
- *The United States Pharmacopoeia Drug Information*. Farmacopea de los EEUU - información sobre medicamentos
- Otros compendios autorizados identificados cada cierto tiempo por el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos o el comisionado de seguros

Hijastro/a significa un hijo/a del cónyuge del participante elegible si el participante no es el progenitor, natural o por adopción, del hijo/a, y tanto el participante como el cónyuge son elegibles para recibir las prestaciones del Plan.

Derechos de subrogación significa el derecho del Fideicomiso a exigir la recuperación de las prestaciones pagadas por usted o sus dependientes a causa de una lesión o enfermedad provocada por la acción u omisión de un tercero. El Fideicomiso tiene derecho a cobrar de cualquier recuperación, hasta la cantidad de prestaciones pagadas por el Plan.

Enfermo terminal significa:

- Determinado por un médico que padece una enfermedad terminal sin perspectiva razonable de curación
- Que un médico prevea que le quedan menos de seis meses de vida

Tercero significa otra persona u organización.

Incapacidad total, Totalmente incapacitado o Minusválido significa que a causa de una lesión o enfermedad:

- Se encuentra completa y continuamente incapacitado para realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual y no realiza ningún trabajo u ocupación remunerada o lucrativa
- Su dependiente está:
 - Es física o mentalmente incapaz de realizar todas las tareas y actividades habituales y acostumbradas (las “actividades normales”) de una persona de su misma edad y sexo que goza de buena salud
 - No ejerce ningún trabajo u ocupación remunerada o lucrativa

Servicios Uniformados significa las Fuerzas Armadas de los EEUU, la Guardia Nacional Aérea y la Guardia Nacional del Ejército cuando están en servicio activo para capacitación, capacitación en servicio inactivo o servicio de Guardia Nacional de tiempo completo, el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempo de guerra o emergencia.

Sindicato significa el International Union of Painters and Allied Trades y cualquier otro sindicato local afiliado al International Union of Painters and Allied Trades que pueda agregarse ocasionalmente por acuerdo mutuo entre el Fideicomiso y el Sindicato, y cualquier otro sindicato cuyo acuerdo de negociación colectiva requiera que se aporten cotizaciones al Fideicomiso.

USERRA significa la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (incluida toda enmienda a dicha ley y toda reglamentación o resolución interpretativa).

Cargo usual y habitual significa un cargo por parte de un proveedor de servicios profesionales por un servicio cubierto que no es superior al percentil 90 identificado en la base de datos de cargos de atención médica (HCD).

- Cuando, a juicio del Plan, se disponga de datos mínimos de la HCD para un servicio cubierto, el Plan determinará el cargo usual y habitual calculando el costo unitario para la categoría de servicio aplicable utilizando la HCD, y multiplicándolo por el valor relativo del servicio cubierto asignado por la escala de valor relativo basada en recursos de Medicare (complementada con una escala de valor relativo disponible comercialmente seleccionada por nosotros cuando no se disponga de una de Medicare).
- En el caso de un servicio cubierto inusualmente complejo, un servicio cubierto que sea un procedimiento nuevo o un servicio cubierto que de otro modo no tenga un valor relativo aplicable según nuestra determinación, el Plan asignará uno.
- En ningún caso el cargo usual y habitual excederá la cantidad facturada por el proveedor de servicios profesionales o la cantidad de la que es responsable la persona cubierta. El término “cargo usual y habitual” puede no reflejar los cargos reales del proveedor de servicios profesionales y no tiene en cuenta la capacitación, experiencia o categoría de licencia del proveedor de servicios profesionales.
- Cargo usual y habitual no es lo mismo que “usual y razonable”, tal y como se define en las estipulaciones sobre diálisis ambulatoria.

Usted se refiere al empleado elegible de la negociación colectiva, los funcionarios, los empleados de unidades no negociadoras y los asociados.

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) exige que se brinde cierta información a los participantes elegibles de un plan de prestaciones para empleados. El plan de prestaciones para empleados que mantiene el Fideicomiso se denominará en adelante el Plan.

El Plan se denomina Employee Painters' Trust Plan. El fideicomiso a través del cual se proporciona el Plan se conoce como Employee Painters' Trust Plan.

El Plan cubre a ciertas clases de empleados que, en general, trabajan para empleadores participantes que deben realizar cotizaciones al Fideicomiso en virtud de diversos acuerdos de negociación colectiva.

LA MESA DIRECTIVA

Este Plan está patrocinado y administrado por una Mesa Directiva paritaria obrero-patronal, cuyo nombre, dirección y número de teléfono son:

The Board of the Employee Painters' Trust
c/o BeneSys, Inc.
5200 Southcenter Blvd., Suite 205
Tukwila, WA 98188
Teléfono: 206-518-9730 or 844-344-2721
Fax: 425-251-1976

TIPO DE ADMINISTRACIÓN

El Plan está administrado por la Mesa Directiva con la asistencia de un administrador externo que presta servicios para la administración rutinaria del plan. El nombre y la dirección del agente para la notificación de procedimientos legales que la Mesa Directiva ha designado son:

BeneSys, Inc.
5200 Southcenter Blvd., Suite 205
Tukwila, WA 98188

La notificación del procedimiento legal también puede hacerse a cualquier miembro de la Mesa Directiva.

THE BOARD

Jonathan Holca Long Painting Company 21414 68th Avenue South Kent, WA 98032	Dave Winkler IUPAT District Council No. 5 11105 NE Sandy Blvd. Portland, OR 97220
Stacey Grund Grund & Company, Inc. 1115 N 97th Seattle, WA 98103	Robert Williams IUPAT District Council No. 16 2705 Constitution Drive Livermore, CA 94551
Steve Malcolm Eastside Glass 20205 114th Ave NE, Suite 100 Woodinville, WA 98072	Todd Springer IUPAT District Council No. 5 5200 Southcenter Blvd., Suite 200 Tukwila, WA 98188
Harold Daly Southern Nevada PDCA 1701 Whitney Mesa Drive, Suite 104 Henderson, NV 89014	Keith Markland IUPAT District Council No. 16 1701 Whitney Mesa Drive, Suite 105 Henderson, NV 89014
Jeremy Gibson BNBuilders 2601 4th Ave, Suite 350 Seattle, WA 98121	Lisa DeRosia IUPAT District Council No. 5 5200 Southcenter Blvd., Suite 200 Tukwila, WA 98188

Composición de la Mesa Directiva en octubre de 2021.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

El número de identificación (EIN) asignado al Plan por el Servicio de Impuestos Internos es 91-0597991, número del Plan 501.

AÑO DEL PLAN

El año del Plan finaliza el 31 de julio de cada año. Cada período de 12 meses que finaliza en dicha fecha consiste en un año completo del plan a efectos de contabilidad y de todos los demás informes al Ministerio de Trabajo de EE.UU. y a otros organismos reguladores adecuados.

TIPO DE PLAN

El Plan puede describirse como un plan de salud y bienestar que proporciona prestaciones de gastos médicos mayores, incapacidad, muerte y desmembramiento accidental y medicamentos con receta.

DESCRIPCIÓN DEL ACUERDO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA

El Plan se mantiene en virtud de más de un acuerdo de negociación colectiva. Los participantes y beneficiarios pueden obtener una copia de dichos acuerdos previa solicitud por escrito a la Mesa Directiva. Además, previa solicitud, se puede obtener una lista de los empleadores, organizaciones de empleadores y Sindicatos que patrocinan el Plan.

Dichos acuerdos también pueden ser examinados por los participantes y beneficiarios por el administrador del fideicomiso o en las oficinas del Sindicato local previa solicitud por escrito con 10 días de antelación.

La Mesa Directiva podrá imponer un cargo razonable para cubrir el costo del suministro de copias. Los participantes y beneficiarios pueden informarse sobre la cantidad de los cargos antes de solicitar copias.

FUENTE DE LAS CONTRIBUCIONES

Por lo general, estos acuerdos prevén que los empleados que forman parte de los mismos realicen cotizaciones mensuales al Fideicomiso con el fin de que los empleados que trabajan en virtud de dichos acuerdos puedan participar en el Plan. Además, también se permiten los autopagos de los empleados para la cobertura de los jubilados y para continuar con la cobertura de los empleados y sus dependientes. Las cotizaciones se calculan sobre la base de las estipulaciones establecidas en los diversos acuerdos de negociación colectiva en virtud de los cuales se mantiene el Plan.

ENTIDADES UTILIZADAS PARA LA ACUMULACIÓN DE ACTIVOS Y EL PAGO DE PRESTACIONES

Las cotizaciones del Empleador o del empleado autopagadas son recibidas y mantenidas en fideicomiso por la Mesa a la espera del pago de las reclamaciones o prestaciones y de los gastos administrativos. El saldo es invertido por la Mesa Directiva y mantenido como reservas fiduciarias.

Actualmente, las prestaciones por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) son administradas por Mutual of Omaha. Las prestaciones por incapacidad semanal, enfermedad grave, medicamentos con receta al por menor, odontología y oftalmología se autofinancian y se pagan directamente con los activos del Fideicomiso.

PARTICIPACIÓN, ELEGIBILIDAD Y PRESTACIONES

Los empleados tienen derecho a participar en el Plan si trabajan bajo uno de los acuerdos de negociación colectiva (CBA, por sus siglas en inglés) descritos en el párrafo anterior titulado “Descripción de los acuerdos de negociación colectiva”, y si su empleador realiza cotizaciones al Fideicomiso en su nombre.

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN DAR LUGAR A LA INELEGIBILIDAD O A LA DENEGACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Un empleado o beneficiario que sea elegible para recibir prestaciones puede dejar de serlo como resultado de una o más de las siguientes circunstancias:

- El empleado no trabaja las horas necesarias para mantener la elegibilidad; y
- Los beneficiarios que sean dependientes de empleados elegibles pueden dejar de ser elegibles si:
 - El empleado deja de reunir los requisitos

- Dejan de ser dependientes
- Han alcanzado la edad de inhabilitación
- A un empleado o beneficiario que sea elegible se le pueden denegar las prestaciones por uno o varios de los siguientes motivos:

- El empleado o beneficiario no presenta una reclamación de prestaciones en los 12 meses siguientes a la fecha en que incurrió en el gasto por el que se pagan las prestaciones
- El empleado no presenta una solicitud de prestaciones completa y veraz

Cualquier persona que presente a sabiendas una reclamación de pago falsa o fraudulenta, o prepare o confeccione cualquier cuenta, certificado u otro documento o escrito falso o fraudulento con la intención de que sea presentado o utilizado en apoyo de dicha reclamación, puede ser culpable de un delito. También podrán imponerse sanciones civiles, incluidos intereses, costos y honorarios de abogados, a todas las reclamaciones falsas o fraudulentas.

Si el empleado o beneficiario tiene otra cobertura colectiva, las prestaciones del plan pueden reducirse o denegarse debido a las estipulaciones de coordinación de prestaciones.

CAMBIO O DESCONTINUACIÓN DEL PLAN

Se espera que el Plan continúe indefinidamente pero, como ocurre con cualquier plan de prestaciones colectivo, debe reservarse el derecho de cambio o discontinuación por parte de la Mesa Directiva en cualquier momento.

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN MÉDICO

Usted o sus dependientes tienen derecho a solicitar al administrador del fideicomiso, sin cargo alguno, la información aplicable a las prestaciones y procedimientos del Plan. Además, el Plan incluye, según corresponda, una descripción de:

- Órdenes de manutención médica capacitadas
- Las estipulaciones de compartición de costos, incluidas primas, deducibles, coaseguros y copagos, máximos, detalles sobre el nivel de prestaciones, proveedores, normas de autorización previa y revisión de utilización, cobertura de pruebas médicas, dispositivos y procedimientos, cobertura fuera de la red, límites de la atención de urgencia, cobertura de los medicamentos existentes y nuevos.
- Requisitos de elegibilidad de los empleados y dependientes
- Requisitos de cualquier proveedor participante; una lista actualizada de dichos proveedores está disponible en línea y puede facilitarse como documento aparte
- Cuándo finaliza la cobertura
- Cuando pueden denegarse o reducirse las prestaciones, incluida la subrogación o el reembolso, y las estipulaciones de coordinación de prestaciones

- Derechos de continuación estatales o federales
- Procedimientos de reclamación; se facilitarán detalles adicionales previa solicitud
- Hospitalización por maternidad para la madre y el recién nacido

INFORMACIÓN SOBRE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL E INCAPACIDAD SEMANAL

Usted o sus dependientes tienen derecho a solicitar al administrador del fideicomiso, sin cargo alguno, la información aplicable a las prestaciones y procedimientos del Plan. Además, esta cartilla incluye, según corresponda, una descripción de:

- Los requisitos de elegibilidad del empleado y sus dependientes
- Cuando finaliza la cobertura
- Derechos de continuación estatales o federales
- Procedimientos de reclamación; se facilitarán detalles adicionales previa solicitud

NOTIFICACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES (NMHPA)

Los planes médicos grupales y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, según la ley federal, restringir las prestaciones para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o menos de 96 horas tras 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 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para recetar una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

CAMBIOS EN EL PLAN

Las personas con autoridad para modificar, incluida la autoridad para terminar, el Plan en nombre del mismo son la Mesa Directiva del Plan u otro órgano de gobierno, o cualquier persona o personas autorizadas por resolución de la Mesa Directiva u otro órgano de gobierno para tomar dichas medidas.

Consulte la información de la sección Discrecionalidad de los Fideicomisarios para obtener información adicional sobre cómo se puede modificar el Plan. La Mesa Directiva y el administrador del fideicomiso están autorizados a solicitar y aceptar el Plan y cualquier modificación del mismo.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

El Plan contiene un resumen en inglés de sus derechos y Las prestaciones del Plan. Si tiene dificultades para comprender alguna parte del mismo, póngase en contacto con el administrador del fideicomiso llamando al 844-344-2721.

FORMULARIOS

INTENTIONALLY BLANK



EMPLOYEE PAINTERS' TRUST

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha del evento: _____

Fecha de vigencia: _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

Nueva inscripción Agregar dependiente Remover dependiente Cambio de Plan Cambio de domicilio

NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL EMPLEADO: _____ # Seg.Soc.: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____ GÉNERO: (Marque uno) Hombre Mujer

FECHA NAC.: _____ TELÉFONO: (_____) _____ CORR. ELEC.: _____

ESTADO CIVIL: Casado (Fecha de matrimonio) _____ Soltero Divorciado (Fecha de divorcio) _____

EMPLEADOR _____ FECHA DE CONTRATACIÓN.: _____ SINDICATO # _____

<u>PLAN MÉDICO:</u> (Proporcionado por) AETNA	<u>PLAN DENTAL:</u> (Proporcionado por) CAREINGTON DENTAL **	<u>PLAN DE LA VISTA:</u> (Proporcionado por) VISION SERVICE PLAN (VSP)**
** Las prestaciones odontológicas y oftalmológicas excluidas de las prestaciones para encargados de materiales y pintura residencial		

NOTA: SI VA A AGREGAR A ALGÚN DEPENDIENTE QUE TENGA MEDICARE, INCLUYA UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE.

DEPENDIENTES - (Incluido cónyuge)

DEBE ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE CORRESPONDA PARA AÑADIR A SUS DEPENDIENTES:

Acta(s) de nacimiento de los hijos, acta de matrimonio del cónyuge, papeles de adopción legal, papeles de tutela legal

NOMBRE COMPLETO	# SEGURO SOCIAL	GÉNERO	FECHA DE NAC.	PARENTESCO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Me comprometo a notificar a la Oficina Fiduciaria en un plazo de 30 días cualquier cambio en la información anteriormente mencionada. Además, declaro que toda la información anterior está completa y es correcta. Entiendo que es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de defraudar obteniendo la cobertura del plan. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de las prestaciones.

FIRMA DEL EMPLEADO _____ **FECHA** _____

INTENTIONALLY BLANK

Coordinación de prestaciones

Nombre del Miembro: _____ Núm. de Identificación: _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____

*Si usted y/o su cónyuge/dependientes **NO** tienen ninguna otra cobertura de seguro, marque esta casilla dé la vuelta y firme/fecha la parte inferior de la página siguiente (bajo "Estado del miembro").*

UNA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA PROVOCARÁ POSIBLES RETRASOS EN EL PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

A

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA MÉDICA DE LOS MIEMBROS

¿Incluye este plan cobertura **médica**? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿es este plan un? HMO o PPO

Nombre del seguro médico: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación (si procede): _____ Número de grupo: _____

¿Incluye este plan cobertura **dental**? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿es este plan un? HMO o PPO

Nombre del seguro dental: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación (si procede): _____ Número de grupo: _____

¿Incluye este plan cobertura de la **vista**? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿es este plan un? HMO o PPO

Nombre del seguro de la vista: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación (si procede): _____ Número de grupo: _____

Medicare: Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

La cobertura se debe a: Edad Incapacidad Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Parte: A B C D Fecha de vigencia: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

B

INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA COBERTURA MÉDICA DE CÓNYUGE Y DEPENDIENTES

¿Incluye este plan cobertura **médica**? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿es este plan un? HMO o PPO

Nombre del seguro médico: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación (si procede): _____ Número de grupo: _____

¿Incluye este plan cobertura **dental**? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿es este plan un? HMO o PPO

Nombre del seguro dental: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación (si procede): _____ Número de grupo: _____

¿Incluye este plan cobertura de la **vista**? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿es este plan un? HMO o PPO

Nombre del seguro de la vista: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación (si procede): _____ Número de grupo: _____

Medicare: Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

La cobertura se debe a: Edad Incapacidad Enfermedad renal terminal

Parte: A B C D Fecha de vigencia: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

1.) Dependiente: _____

■ Fecha de vigencia **médica**: _____ Fecha de vigencia **dental**: _____ Fecha de vigencia para la **vista**: _____

● Nombre del seguro **médico**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

● Nombre del seguro **dental**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

● Nombre del seguro de la **vista**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

2.) Dependiente: _____

■ Fecha de vigencia **médica**: _____ Fecha de vigencia **dental**: _____ Fecha de vigencia para la **vista**: _____

● Nombre del seguro **médico**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

● Nombre del seguro **dental**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

● Nombre del seguro de la **vista**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Continuación en el reverso

Para dependientes adicionales. ADJUNTE UNA HOJA POR SEPARADO con el nombre del empleado en la parte superior. (Apellido, Nombre, Inicial)

3.) Dependiente: _____

■ Fecha de vigencia **médica**: _____ Fecha de vigencia **dental**: _____ Fecha de vigencia para la **vista**: _____

• Nombre del seguro **médico**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

• Nombre del seguro **dental**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

• Nombre del seguro de la **vista**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

4.) Dependiente: _____

■ Fecha de vigencia **médica**: _____ Fecha de vigencia **dental**: _____ Fecha de vigencia para la **vista**: _____

• Nombre del seguro **médico**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

• Nombre del seguro **dental**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

• Nombre del seguro de la **vista**: _____ Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____



COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI SU(S) HIJO(S) TIENE(N) COBERTURA MÉDICA ADICIONAL DEBIDA A: •DIVORCIO •SEPARACIÓN •ORDEN JUDICIAL •MEDICARE U •OTROS PROGRAMAS DE SEGURO MÉDICO FEDERALES-ESTATALES.

*****(Indique qué niño marcando el círculo adecuado)*****

1.) ¿Está(n) el(los) niño(s) cubierto(s) por Medicare u otra cobertura federal-estatal? Sí o No (Si es afirmativo, ¿cuál hijo?)
○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

Medicare: Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

La cobertura se debe a: Edad Incapacidad Enfermedad renal terminal

Parte: A B C D Fecha de vigencia: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

Medi-Cal/Medicaid: Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

2.) ¿Tiene uno de los progenitores/tutores la custodia total del niño o niños?: Sí o No (Si es afirmativo, ¿cuál hijo?)
○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

Progenitor: _____ **Fecha:** _____

3.) ¿Está uno de los progenitores obligado por sentencia judicial a proporcionar un seguro médico a su(s) hijo(s)? Sí o No
○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

Progenitor: _____ **Fecha:** _____

Nombre de la persona responsable de la cobertura médica del niño _____

Empleador: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Ciudad y estado de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____ Identificación del afiliado/número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____ Fecha de cancelación (si procede) _____

**** **Si hay sentencia judicial, por favor PRESENTE UNA COPIA de los documentos judiciales** ****

Declaración de miembro: La información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. También soy consciente del hecho de que debo notificar inmediatamente a la oficina del Fondo en caso de que alguno de los dependientes que figuran en mi cobertura pase a ser elegible para cualquier otra cobertura. Se rechazará cualquier material presentado por mí o en nombre de cualquier persona elegible que contenga una alteración material o información falsificada o falsa, incluidas las firmas. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de remitir tales asuntos al Asesor Jurídico del Fondo para que tome las medidas adecuadas.

Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar cualquier pérdida que sufra a causa de dicho material en cualquier asunto.

Firma: _____ **Teléfono:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones para completar la

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Hay una sección para el miembro/jubilado, el cónyuge y, si procede, una sección para los hijos dependientes mayores de 18 años.

Sección para miembros / sección para jubilados

1. Escriba su nombre y su número de Seguro Social.
2. **Si está casado** y desea autorizar a su cónyuge a consultar sus datos médicos, introduzca su nombre y su relación (cónyuge) -o-
Si no está casado/a o desea autorizar a otra persona que no sea su cónyuge a consultar sus datos médicos, introduzca su nombre y su relación (madre, padre, amigo/a, etc.).
3. **Si está dando autoridad a otra persona, por favor firme y feche el formulario.**

O

Si no desea dar autoridad a nadie más que a usted para preguntar sobre su información médica, entonces marque con una "X" la casilla donde dice "No deseo que mi información médica sea divulgada a nadie más que a mí mismo". **Por favor, firme y feche debajo de la casilla.**

Sección para cónyuge

1. Escriba su nombre y su número de Seguro Social.
2. **Si desea autorizar a su cónyuge (miembro/jubilado)** a consultar sus datos médicos, introduzca su nombre y parentesco (cónyuge).
Si desea autorizar a otra persona que no sea su cónyuge a consultar su información médica, introduzca su nombre y relación (madre, padre, amigo, etc.), **por favor firme y feche el formulario.**

O

Si no desea dar autoridad a nadie más que a usted para preguntar sobre su información médica, entonces marque con una "X" la casilla donde dice "No deseo que mi información médica sea divulgada a nadie más que a mí mismo".

3. **Por favor, firme y feche debajo de la casilla.**
-

Sección para dependientes mayores de 18 años

1. Escriba su nombre y su número de Seguro Social.
2. **Si desea dar autoridad a sus padres** para consultar su información médica, ingrese su nombre y parentesco (padre, madre).
Si quiere dar autoridad a otra persona que no sean sus padres para preguntar sobre su información médica, por favor ingrese su nombre y relación (madre, padre, amigo, etc.) **por favor firme y feche el formulario.**

O

Si no desea dar autoridad a nadie más que a usted para preguntar sobre su información médica, entonces marque con una "X" la casilla donde dice "No deseo que mi información médica sea divulgada a nadie más que a mí mismo".

3. **Por favor, firme y feche debajo de la casilla.**

Autorización para la divulgación de información médica protegida

SECCIÓN PARA MIEMBROS/JUBILADOS

Yo, (escriba con letra de imprenta su nombre y número de Seguro Social) _____ autorizo al **Employee Painters' Trust Plan** (el "Plan"), y a sus asociados comerciales, a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea), a solicitud de dichas personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Entiendo que esta autorización caducará al terminar mi inscripción en el Plan, salvo que la revoque antes. Entiendo que tengo derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya haya sido invocada. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo notificar mi decisión por escrito y enviarla:

Employee Painters' Trust
5200 Southcenter Blvd., Suite 205
Tukwila, WA 98188
P O Box 58830 • Tukwila, WA 98138
Teléfono 206-518-9730 • Gratis 844-344-2721 • www.IUPATWesternBenefits.org

Entiendo que la información médica que se divulgue conforme a esta autorización puede ser divulgada nuevamente por las personas que he identificado anteriormente, y que el Plan no puede evitar ni proteger dichas divulgaciones, Y entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis prestaciones médicas (inscripción, tratamiento o pago).

Firma del miembro _____ Fecha de firma: _____

No quiero que se divulgue mi información médica a nadie más que a mí mismo.

Firma del miembro _____ Fecha de firma: _____

SECCIÓN PARA CÓNYUGE

Yo, cónyuge (nombre, en letra de imprenta) _____, (Núm. de Seguro Social) del/de la cónyuge) _____ del miembro arriba mencionado, también he leído, entiendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea) por las razones y con las explicaciones indicadas anteriormente, a solicitud de dichas personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma de cónyuge _____ Fecha de firma: _____

No quiero que se divulgue mi información médica a nadie más que a mí mismo.

Firma de cónyuge _____ Fecha de firma: _____

SECCIÓN DE DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Yo, el/los hijo(s) dependiente(s) mayor(es) de 18 años (Nombre, en letra de imprenta) _____, (Núm. de Seguro Social) _____ también he leído, comprendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea) por los motivos y con las explicaciones mencionadas anteriormente, excepto a solicitud de dichas personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma de dependiente _____ Fecha de firma: _____

No quiero que se divulgue mi información médica a nadie más que a mí mismo.

Firma de dependiente _____ Fecha de firma: _____

NOTA: Si hay más de un dependiente mayor de 18 años, por favor copie, complete y firme el número adecuado de Formularios de Autorización adicionales y devuélvalos a la oficina de prestaciones.



EMPLOYEE PAINTERS' TRUST

Formulario de designación de beneficiario

Prestaciones por muerte y desmembramiento accidentales

Nombre de miembro: _____ Núm. de Seguro Social (SSN): _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DESIGNADO: (Beneficiario principal)		Fecha de Nacimiento:		SSN	
Parentesco		Porcentaje de las prestaciones a recibir:			
Teléfono		Domicilio:			

NOMBRE DE BENEFICIARIO:		Fecha de Nacimiento:		SSN	
Parentesco		Porcentaje de las prestaciones a recibir:			
Teléfono		Domicilio:			

NOMBRE DE BENEFICIARIO:		Fecha de Nacimiento:		SSN	
Parentesco		Porcentaje de las prestaciones a recibir:			
Teléfono		Domicilio:			

NOMBRE DEL BENEFICIARIO CONTINGENTE (Beneficiario secundario)		Fecha de Nacimiento:		SSN	
Parentesco		Porcentaje de las prestaciones a recibir:			
Teléfono		Domicilio:			

Designación de Custodia

Si mi beneficiario nombrado anteriormente es menor de edad, por la presente designo a (nombre completo en letra de imprenta) _____ para que actúe como tutor para recibir dichas prestaciones en nombre de dicho hijo (o hijos). Entiendo que puedo cambiar esta Designación de Custodia en cualquier momento. También entiendo que si no nombro a un tutor, entonces el padre o padres naturales del menor serán automáticamente designados como tutores. También entiendo que si la cantidad de las prestaciones es superior a \$10,000, y no nombro a un tutor, las prestaciones no podrán pagarse hasta que el Tribunal Superior designe a un tutor.

NOMBRE DEL TUTOR:		Fecha de Nacimiento		SSN	
Parentesco		Domicilio:			
Teléfono					

*Si designa a más de un beneficiario, las prestaciones se les pagarán por partes iguales, salvo que indique un porcentaje diferente a recibir donde se indica en este formulario. Por ejemplo, si nombra a dos beneficiarios puede indicar que uno recibirá el 75% y el otro el 25%. Las prestaciones se pagarán a la persona que indique como beneficiario secundario sólo en caso de que sus beneficiarios designados hayan fallecido. Si no designa a ningún beneficiario o si todos sus beneficiarios designados han fallecido, las prestaciones se pagarán de conformidad con las normas del Fideicomiso.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

INTENTIONALLY BLANK

