

Fondo de Fideicomiso Número 2
de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de
Trabajadores

**Una guía para recibir beneficios de
atención médica
para miembros
y dependientes elegibles**

*Resumen de la descripción del Plan
y documento del Plan
Julio de 2017*

OFICINA DEL FONDO
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500
Teléfono gratuito 1-866-553-6559

JUNTA DIRECTIVA

Síndicos de los Empleadores

George Maloney, Copresidente
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Michael Buch
Buch Construction
11292 Buch Way
Laurel, MD 20723

Ronnie Kennedy
DPR Construction
11109 Sunset Hills Road, Suite 200
Reston, VA 20190

Pat Hurley
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Cherie Pleasant
Construction Contractors Council
3033 Wilson Blvd., #700
Arlington, VA 22201

ADMINISTRADOR EXTERNO

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

AUDITOR

Toal, Griffith & Ragula, LLC
130 Admiral Cochrane Drive, Suite 200
Annapolis, MD 21401

Síndicos del Sindicato

David Allison, Presidente
Baltimore Washington Laborers'
11951 Freedom Drive, Suite 310
Reston, VA 20190

Orlando Bonilla, Co-Secretary
Mid-Atlantic Regional Laborers'
11951 Freedom Drive, Suite 310
Reston, VA 20190

Hugo Carballo
Mid-Atlantic Regional Laborers'
3680 Wheeler Avenue, Suite 100
Alexandria, VA 22304

Dennis Desmond
Laborers' Local 11
5201 First Place, NE
Washington, DC 20011

Julio Palomo
Laborers' Local 11
5201 First Place, NE
Washington, DC 20011

ASESOR JURÍDICO

Alston & Bird, LLP
950 F Street, NW
Washington, DC 20004

Julio de 2017

Estimado participante del Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores:

Este folleto explica sus beneficios bajo el Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores (al que se hace referencia en este documento como "Fondo" o "Plan"). En él encontrará información sobre cómo obtener beneficios de atención médica, beneficios especiales para los que podría calificar, cómo presentar una reclamación y elegibilidad.

Deseamos que reciba todos los beneficios a los que tiene derecho, así que sírvase revisar esta publicación detenidamente y compártala con su familia. Conserve esta publicación a la mano como futura referencia.

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

Atentamente,

JUNTA DIRECTIVA

Síndicos del sindicato

David Allison, Presidente
Orlando Bonilla, Cosecretario
Hugo Carballo
Dennis Desmond
Julio Palomo

Síndicos de los empleadores

George Maloney, Copresidente
Cherie Pleasant
Michael Buch
Pat Hurley
Ronnie Kennedy

CONTENIDO

ASPECTOS SOBRESALIENTES DEL FONDO	1
DEFINICIONES	2
ELEGIBILIDAD.....	4
Empleados Activos	4
Cuándo puede inscribirse por primera vez.....	4
Cuándo termina la cobertura.....	5
Mora del Empleador	5
Pérdida de elegibilidad.....	6
Excepciones para las personas que están hospitalizadas o discapacitadas	6
Grupo Recién Sindicalizado	6
Empleados Jubilados.....	6
Servicio requerido	6
Aportaciones mensuales.....	7
Cuándo termina la cobertura.....	8
Cobertura de Cónyuges Viudos	8
Cuándo termina la cobertura de Cónyuge enviudado	8
Dependientes elegibles.....	9
Dependientes de Empleados activos	9
Dependientes de Jubilados	9
Cuándo comienza y termina la cobertura de Dependientes	9
Empleados que no son parte de convenios colectivos de Empleadores que Aportan.....	10
Derechos especiales de inscripción según la ley HIPAA	11
Órdenes Calificadas de Sustento Médico de Hijos	11
Elegibilidad bajo la Ley de Ausencias por Motivos de Familia y Médicos (Family and Medical Leave Act – FMLA).....	12
Empleados Ausentes por Servicio Militar	13
Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia por Servicio Militar	13
BENEFICIOS MÉDICOS	15
Flexible Choice y HMO Select de Kaiser Permanente	15
Plan HMO Select	15
Plan Flexible Choice	15
Designación de Proveedores de Cuidado Primario y/o Obstetras/Ginecólogos	16
Límites Anuales y Vitalicios.....	17

BENEFICIOS DENTALES.....	17
Cómo elegir un dentista participante	17
BENEFICIOS POR TIEMPO PERDIDO	18
EXAMEN DE DETECCIÓN DE ASBESTOSIS (TAMBIÉN DISPONIBLE PARA JUBILADOS)	19
BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA	20
SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS.....	21
Derechos de Subrogación y Reembolso	21
Derecho a Subrogación y Reembolsos Futuros	23
Asignación de una Reclamación	23
PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES	24
Beneficios de Asegurado – Proceso para Presentar Reclamaciones y Apelaciones	24
Tiempo Perdido – Proceso para Presentar Reclamaciones y Apelaciones	24
El Formulario de Reclamación	24
Aviso de Reclamación	24
Asignación	25
Aviso de la Determinación de una Reclamación	25
Procedimiento de Revisión de Reclamaciones	25
Proceso de Apelación.....	26
Examen de Detección de Asbestosis – Proceso de Reclamación y Apelación.....	27
El Formulario de Reclamación	27
Aviso de Reclamación	27
Asignación	28
Aviso de la Determinación de la Reclamación	28
Procedimiento de Revisión de la Reclamación.....	28
Procedimiento de Apelación	29
REGLAS Y REQUISITOS ADICIONALES	30
Ley de Prescripción.....	30
Selección de los Proveedores de Servicio.....	30
Declaraciones de Información al IRS y Declaraciones de Pagador Secundario a Medicare.....	31
Sin Garantía de Empleo	31
Prohibición de Asignación de Beneficios	31
Tergiversación o Fraude	31
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA	32
Cobertura de COBRA	32

INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD	36
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA.....	36
Fuentes de aportaciones	38
Enmienda y Eliminación del Fondo.....	39
Descalificación o Pérdida de los Beneficios	40
SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY ERISA	40
REQUISITOS BAJO LA LEY DE DERECHOS DE LA MUJER EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER	43
LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS	43

ASPECTOS SOBRESALIENTES DEL FONDO

	<i>Detalles adicionales</i>
<i>Elegibilidad</i> <ul style="list-style-type: none">• Si trabaja la cantidad necesaria de horas con un Empleador, es elegible para recibir cobertura del Fondo sin costo alguno.• Su cónyuge e hijos (según se definen en este documento) pueden también participar sin costo adicional.• Puede ser que califique para comprar cobertura para usted y su cónyuge después de que se jubile.	Página 4 Página 9 Página 6
<i>Beneficios disponibles</i>	Página 15
<i>Solo para empleados activos</i> <ul style="list-style-type: none">• Los empleados activos que estén discapacitados y no puedan trabajar pueden recibir beneficios por pérdida de tiempo de \$200 por semana hasta por 13 semanas.	Página 18
<i>Empleados activos y jubilados</i> <ul style="list-style-type: none">• Usted es elegible para recibir un examen gratuito de detección de asbestosis si ha estado trabajando en el oficio por lo menos durante 20 años.	Página 19

Si tiene preguntas acerca de la cobertura de atención médica que ofrece este Fondo, comuníquese con la Oficina del Fondo al 410-872-9500 o por línea gratuita al 1-866-553-6559 de lunes a viernes (excepto días feriados), entre las 8:30 a.m. y 5:00 p.m.

Ciertas palabras escritas con mayúscula tienen significados específicos. Estas se definen en la siguiente sección de Definiciones, o bien en secciones específicas del documento.

DEFINICIONES

Junta Directiva

La Junta Directiva del Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores.

Convenio colectivo

El o los convenios colectivos entre Sindicatos y Empleadores participantes, los cuales estipulan las aportaciones a este Fondo.

Persona cubierta

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

Empleador Moroso

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

Fecha de Vigencia

La Fecha de Vigencia de este Resumen de la Descripción del Plan y Documento del Plan es el 1º de julio de 2017.

Empleado

Una persona que: (1) está actualmente o estuvo recientemente empleada por un Empleador; y (2) ha cumplido las reglas de elegibilidad del Fondo, según se estipulan en este documento.

Empleador o Empleador que Hace Aportaciones

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

ERISA

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

Fondo (denominado también Plan)

Fondo de Fideicomiso Número 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores

Participante

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

Convenio de Participación

Un convenio entre la Junta Directiva y un Empleador que requiere que un Empleador declare y pague aportaciones al Fondo en nombre de usted.

Administrador del Plan o Administrador del Fondo

La Junta Directiva del Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores.

Año del Plan

El Año del Plan es del 1º de octubre hasta el 30º de septiembre de cada año.

Médico

Un doctor en medicina (M.D.) con la licencia correspondiente; un doctor en osteopatía (D.O.) con la licencia correspondiente; un odontólogo (dentista) (D.D.S. o D.M.D.) con la debida licencia para daños a los dientes naturales y cánceres bucales; y un podiatra (D.P.M.) con la debida licencia para fines de tratamiento de afecciones de los pies. Médico puede también incluir un proveedor de atención médica reconocido por el Administrador del Plan (o su representante) y con la licencia correspondiente o la certificación para brindar atención médica según las leyes de la jurisdicción en la que ejerce su práctica. Esto puede incluir a especialistas en enfermería clínica, enfermeras tituladas y asistentes de médico.

Jubilado

Un antiguo Empleado o Jubilado que ha cumplido con las reglas de elegibilidad para Jubilados del Fondo según se estipula en este documento.

Administrador Externo

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

Sindicato o Sindicato Local

Mid-Atlantic Regional Laborers; Baltimore Washington Laborers; y/o Laborers Local 11.

ELEGIBILIDAD

ELEGIBILIDAD

- Usted es elegible para participar en el Fondo si trabaja el número de horas requeridas con un Empleador participante. Esta cobertura se le ofrece sin costo alguno.
- Su cónyuge e hijos (según se definen en este documento) pueden también recibir cobertura sin costo alguno.
- Usted puede comprar cobertura después de jubilarse si tiene los créditos de servicio que se requieren.
- Si usted o sus Dependientes pierden la elegibilidad, puede comprar continuación de cobertura de COBRA hasta por 18, 29 o 36 meses dependiendo de sus circunstancias individuales.

Empleados Activos

Esta sección explica cómo y cuándo puede obtener cobertura de beneficios médicos, dentales y por pérdida de tiempo. Tenga en mente que los beneficios de seguro de vida y pruebas de detección de asbestosis tienen reglas de elegibilidad distintas - consulte esas secciones para obtener más información.

Cuándo puede inscribirse por primera vez

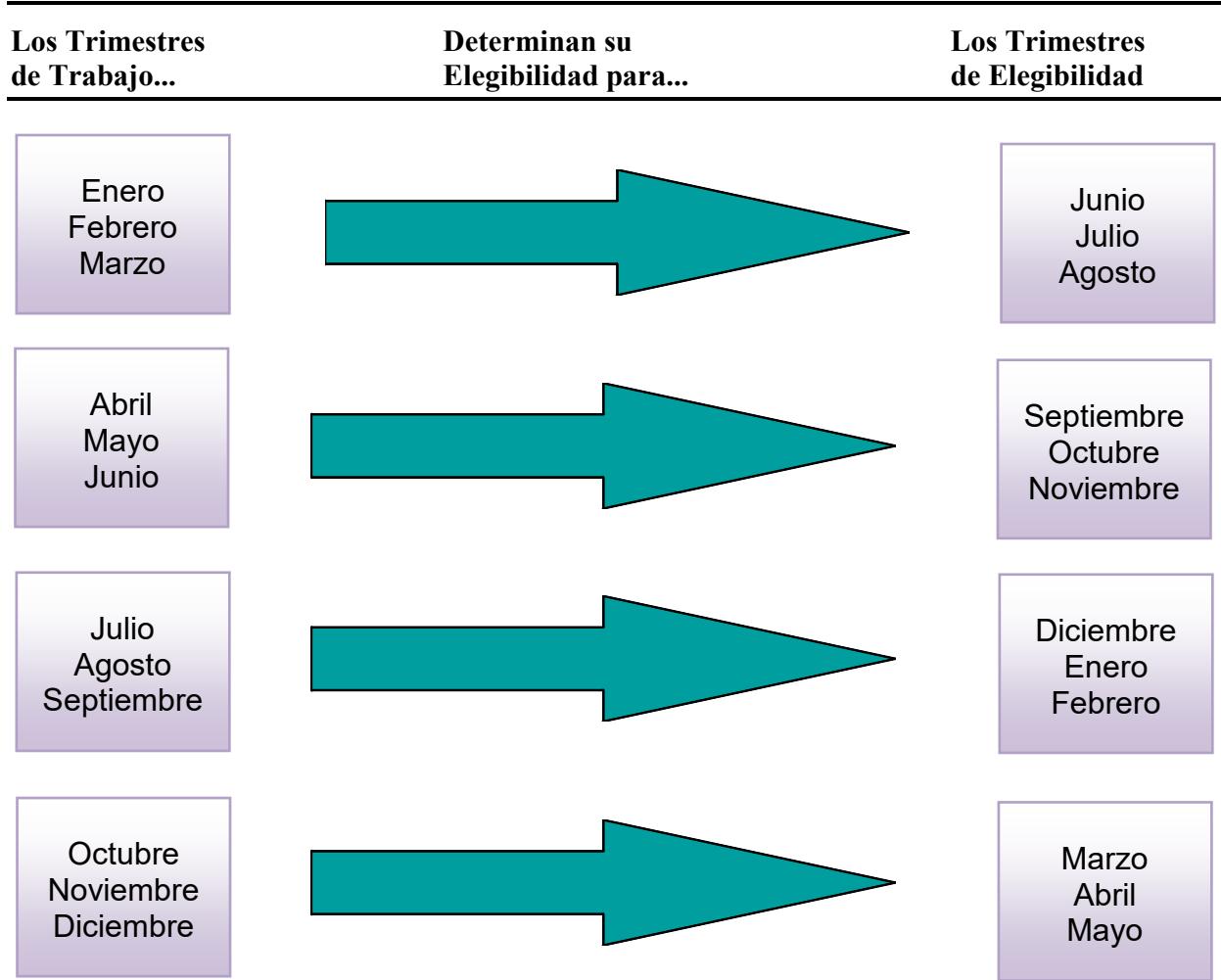
Para inscribirse en el Fondo, debe satisfacer dos requisitos:

1. Debe trabajar con un Empleador que haga aportaciones al Fondo en nombre suyo (por un Convenio Colectivo o Convenio de Participación), y
2. Debe haber trabajado por lo menos 300 horas en un Trimestre de Trabajo por el cual en efecto se hicieron aportaciones en nombre suyo.

Una vez que haya trabajado las 300 horas requeridas en un Trimestre de Trabajo, su participación en el Fondo comenzará cuando inicie el Trimestre de Elegibilidad.

Para poder mantener su elegibilidad, al final de cada trimestre civil el Administrador Externo examinará su historial de trabajo. Si ha trabajado 600 horas en los dos Trimestres de Trabajo anteriores, o 300 horas en el Trimestre de Trabajo actual, el Fondo mantendrá su elegibilidad hasta el final del Trimestre de Elegibilidad correspondiente.

La tabla siguiente muestra cuándo comienza y cuándo termina su período de elegibilidad inicial, dependiendo de cuándo acumule las 300 horas de trabajo (o caiga por debajo del número mínimo de horas requerido):



Unos días después de que obtenga la elegibilidad, recibirá una tarjeta de identificación que muestra que participa en el Fondo. (Si califica para participar, pero no recibe una tarjeta, comuníquese con la oficina del Fondo al 410-872-9500 ó 1-866-553-6559.)

Cuándo termina la cobertura

Cuando el Administrador Externo examine su historial de trabajo previo al final de cada trimestre civil, si no trabajó por lo menos 600 horas en dichos dos Trimestres de Trabajo previos, o 300 horas en el Trimestre de Trabajo actual, su último día de cobertura será el último día del Trimestre de Elegibilidad previo, según se muestra en el cuadro (anterior).

Mora del Empleador

También perderá su cobertura si su Empleador no efectúa sus aportaciones requeridas. No obstante, a su sola y absoluta discreción, los Síndico podrán continuar su cobertura hasta por tres meses mientras el Fondo intenta cobrar las aportaciones morosas del Empleador.

Pérdida de elegibilidad

Si deja de trabajar con un Empleador participante en este Fondo y comienza a trabajar con un empleador que se encuentre dentro de la jurisdicción geográfica del Consejo de Distrito de Trabajadores de Washington, D.C. y los Alrededores, que no sea un Empleador participante en este Fondo, la elegibilidad suya y de todos sus Dependientes terminará en la fecha en que haya dejado de trabajar con el Empleador participante. No será elegible nuevamente para el Fondo hasta que cumpla nuevamente con todos los requisitos iniciales de elegibilidad descritos anteriormente.

Si pierde la elegibilidad con el Fondo porque termina su empleo o le reducen sus horas, puede elegir continuación de cobertura de COBRA (como se describe más adelante en este documento). Es posible que sea elegible para obtener cobertura con subsidio del gobierno del Mercado de Seguros de Salud (el "Mercado").

Excepciones para las personas que están hospitalizadas o discapacitadas

Si se encuentra hospitalizado en la fecha en que su cobertura esté programada para terminar, recibirá una extensión de hasta tres meses, o hasta que termine su hospitalización, lo que ocurra primero.

Si queda total y permanentemente discapacitado, su cobertura será extendida hasta por nueve meses después de la fecha en que termine el trimestre en el cual fue elegible por última vez. Por ejemplo, si el último día que trabajó antes de quedar discapacitado fue en enero, ese trimestre concluye el 31 de marzo, y su cobertura continuará hasta el 31 de diciembre. Puede elegir cobertura de COBRA cuando termine su cobertura.

Grupo Recién Sindicalizado

Si es Empleado de un Grupo Recién Sindicalizado, adquirirá la elegibilidad para recibir beneficios inmediatamente, pero si no trabaja 300 horas durante los primeros tres meses consecutivos, la cobertura terminará hasta que adquiera la elegibilidad bajo las reglas de elegibilidad regulares del Fondo, según se describe en la página 4 de este resumen. Para obtener información adicional sobre los beneficios que se ofrecen a los empleados de Grupos Recién Sindicalizados, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Empleados Jubilados

Servicio requerido

Puede participar en el Fondo después de jubilarse si satisface todos estos requisitos:

- fue elegible para recibir la cobertura de este Fondo en algún momento durante el período de 12 meses desde la fecha en que se jubiló;

- si ha acumulado por lo menos 10 años de Crédito por Servicio Futuro bajo el Fondo de Fideicomiso de Jubilación y Discapacidad No. 2 del Consejo de Distrito de Trabajadores; y
- *no* es elegible para recibir Medicare. (La mayoría de las personas son elegibles para recibir Medicare a los 65 años de edad.)

Si es elegible al momento de jubilarse, usted y su Cónyuge tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar esta cobertura dentro del plazo de 45 días de jubilarse. Si lo rechaza, no podrá inscribirse más adelante a menos que usted o su Cónyuge tengan otra cobertura médica al momento de jubilarse. Una excepción a esta regla es que si usted o su Cónyuge tienen otra cobertura médica cuando usted se jubile, se le permitirá una opción única de rechazar la cobertura de Jubilados a través del Fondo para participar en la otra cobertura. Si usted (o su Cónyuge) aceptan esta opción única de rechazar la cobertura de Jubilados a través del Fondo, usted (o su Cónyuge) puede hacer que su cobertura de Jubilados sea restablecida en el futuro una vez que termine la otra cobertura médica.

A fin de calificar para el restablecimiento futuro de la cobertura de Jubilados a través del Fondo, debe llenar un formulario de Elección de Renuncia de Cobertura de Jubilados (disponible en la Oficina del Fondo) con el Administración Externo dentro de un plazo de 45 días de la fecha de su jubilación. Además, tendrá que proporcionar prueba de que usted o su Cónyuge estuvieron cubiertos continuamente bajo otro plan para que la cobertura de Jubilados sea restablecida.

Si no es elegible para recibir la cobertura de Jubilados, es posible que pueda comprar continuación de cobertura de COBRA. No obstante, tal vez haya otras opciones de cobertura más asequible para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud (el "Mercado"), Medicaid u otras opciones de cobertura médica grupal (como el plan de un Cónyuge) durante un "período de inscripción especial". Para obtener mayor información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguros de Salud y para encontrar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las distintas opciones, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596. Puede comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir la cobertura que más le convenga.

Consulte la siguiente explicación de continuación de cobertura de COBRA para obtener más información.

Aportaciones mensuales

Una vez que se inscriba en el Fondo como Jubilado, debe pagar aportaciones mensuales para usted y un Cónyuge participante. Comuníquese con la oficina del Fondo para obtener las tarifas actuales. Esas tarifas están sujetas a cambio.

Sus aportaciones se deducirán directamente del cheque de su pensión cada mes si le otorga la debida autorización al Fondo. Si su cheque de pensión no tiene dinero suficiente para cubrir la cantidad de aportación, tiene que enviar un cheque por el monto adicional al Administrador Externo a la siguiente dirección:

Laborers' Trust Funds
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Sus pagos deben recibirse a principios del mes de cobertura, o su cobertura quedará cancelada. **El Fondo no le enviará ninguna factura y usted es responsable de calcular cuánto debe pagar cada mes. No puede restablecer su cobertura si se cancela porque no efectúa su aportación mensual total.** Comuníquese con el Administrador Externo si tiene alguna pregunta sobre cuánto debe pagar cada mes.

Cuándo termina la cobertura

Su cobertura de Jubilados termina cuando ocurre una de las siguientes situaciones:

- es elegible para obtener Medicare (generalmente cuando cumple 65 años),
- es elegible para participar como Empleado activo,
- deja de efectuar aportaciones,
- usted fallece,
- el Fondo deja de ofrecer cobertura de Jubilados, o
- el Fondo en sí queda cancelado.

El Administrador Externo le notificará por escrito cuando termine su cobertura.

Cobertura de Cónyuges Viudos

Si tanto usted como su Cónyuge están recibiendo cobertura de Jubilados a través del Fondo al momento de su fallecimiento, su Cónyuge enviudado puede continuar participando hasta por 12 meses a la tarifa que establecen los Síndicos periódicamente.

Una vez que la cobertura de su Cónyuge enviudado termine, la continuación de cobertura de COBRA estará disponible por otros 36 meses para dicho Cónyuge enviudado. Esta cobertura se explica a continuación. La tarifa de COBRA es diferente (actualmente es más alta) que la tarifa establecida por los Síndicos para la cobertura inicial de 12 meses para el Cónyuge enviudado.

Un Cónyuge enviudado que continúe participando debe enviar puntualmente los cheques de las aportaciones mensuales (dentro del plazo de 45 días del comienzo del primer mes de cobertura de cónyuge enviudado, y posteriormente dentro del plazo de 30 días de la fecha de pago en meses subsiguientes - la fecha límite de pago es generalmente el primer día del mes).

Cuándo termina la cobertura de Cónyuge enviudado

Además de terminar al cabo de doce meses, su cobertura de Cónyuge enviudado podría terminar antes si ocurre una de las siguientes situaciones:

- su Cónyuge es elegible para obtener Medicare (generalmente cuando cumple 65 años),
- su Cónyuge deja de efectuar aportaciones o no efectúa la aportación total de manera puntual,
- su Cónyuge fallece,
- el Fondo deja de ofrecer cobertura de Jubilados, o
- el Fondo deja de ofrecer cobertura de Cónyuge enviudado, o
- el Fondo en sí queda cancelado.

Si su cobertura de Cónyuge enviudado termina por cualquier motivo, no se puede restablecer.

Dependientes elegibles

Dependientes de Empleados activos

Si participa en el Fondo, sus Dependientes también están cubiertos. Los "Dependientes" son su(s):

- Cónyuge
- Hijo(s) de hasta 26 años de edad

El término "Cónyuge" significa que la persona está reconocida como su cónyuge para fines de impuestos federales. La Junta Directiva podría requerir documentación que compruebe una relación matrimonial legal.

El término "Hijo(s)" significa hijastros, hijos de crianza e hijos adoptivos. Los "Hijos" incluyen también a niños para quienes usted ha sido nombrado tutor legal por un tribunal, así como niños para quienes usted ha sido determinado como tutor legal a la sola y absoluta discreción de los Síndicos.

Dependientes de Jubilados

Solamente su Cónyuge que no sea elegible para Medicare puede ser un Dependiente bajo el Fondo después de que usted se jubile. Como Jubilado, su Cónyuge elegible para Medicare y sus Hijos *no* son elegibles para recibir cobertura.

Cuándo comienza y termina la cobertura de Dependientes

La cobertura de sus Dependientes comienza cuando comienza la suya, o cuando esa persona se convierte en Dependiente suyo. Debe proporcionarle al Administrador Externo los nombres, las fechas de nacimiento y el parentesco de todos los Dependientes que desea cubrir, así como prueba de que son sus Dependientes, como actas de matrimonio, actas de nacimiento, etc. Además, el Fondo debe obtener los números de Seguro Social de todos los Dependientes inscritos para cumplir con los requisitos de declaración al IRS conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. El no proporcionar esta información podría resultar en la cancelación de la cobertura de Dependientes.

La cobertura de sus Dependientes termina cuando la suya termina o cuando la persona ya no es un Dependiente. No obstante, si sigue siendo elegible, un Hijo suyo que ya no sea Dependiente debido a su edad no perderá la cobertura hasta el final del mes en que él o ella cumpla 26 años de edad.

La clasificación de Dependiente continuará también para un Hijo después de cumplir los 26 años de edad si el Hijo tiene impedimentos debido a discapacidad física o mental que le impide mantenerse a sí mismo, la discapacidad comenzó mientras el hijo era elegible para recibir beneficios de Dependiente y el Hijo está permanente y totalmente discapacitado, vive con el Participante durante más de la mitad del año y no provee más de la mitad de su propio sustento (incluidos los beneficios federales por discapacidad).

Usted debe notificarle al Administrador Externo de inmediato cuando un Dependiente deje de ser Dependiente (por ejemplo, si usted y su Cónyuge se divorcian). Si no le proporciona dicho aviso al Administrador Externo, y el Fondo hace pagos a la persona que no es elegible o en nombre de la misma, sus beneficios futuros podrían ser retenidos por el Fondo y usados para compensar por la cantidad de los pagos. El Fondo también podría interponer otros recursos legales en contra suya, su ex Dependiente u otras partes para recuperar las cantidades pagadas a una persona que no es elegible. Según se describe a continuación, su Dependiente podría también perder su elegibilidad para la cobertura de COBRA.

Empleados que no son parte de convenios colectivos de Empleadores que Aportan

Si usted es empleado de un Empleador que Aporta y no está sujeto a un Convenio Colectivo, puede participar en el Fondo si su Empleador tiene un Convenio de Participación con la Junta Directiva. Se aplicarán las condiciones siguientes:

- su participación debe ser aprobada por anticipado por la Junta Directiva;
- su Empleador debe aportar por cada empleado que no participe en el Convenio Colectivo, basándose en 40 horas de trabajo a la semana (independientemente de las horas realmente trabajadas);
- debe seguir el mismo programa de beneficios de los Empleados del Empleador que están sujetos al Convenio Colectivo;
- todos los empleados que no participan en el convenio colectivo del Empleador deben participar en el Fondo (sin embargo, los socios, propietarios individuales y contratistas independientes *no pueden* participar);
- Se aplicarán todas las reglas y los reglamentos incluidos en esta publicación; y
- su empleador o la Junta Directiva pueden suspender su participación en cualquier momento.

Derechos especiales de inscripción según la ley HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted mismo o sus Dependientes porque tiene otra cobertura de seguro médico, hay tres categorías de situaciones de “inscripción especial” conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (“HIPAA”, por sus siglas en inglés) que podrían permitirle cambiar su elección e inscribirse en la cobertura médica del Fondo.

Primero, si se casa, tiene un Hijo, adopta un Hijo o un Hijo se coloca con usted para ser adoptado, el Fondo les permite inscribirse a usted, su Cónyuge y su Hijo recién nacido/adoptado dentro de un plazo de 30 días de la fecha de la situación.

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

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

- Pérdida de la elegibilidad por motivos que no sean la falta de pago de las primas o fraude;
- El empleador deja de efectuar el pago de todas las aportaciones;
- Deja de ser un “dependiente”, según lo define el otro plan; o
- Pérdida de cobertura por parte de una clase de personas clasificadas de manera similar bajo el otro plan (por ejemplo, empleados a tiempo parcial).

Tercero, si solicita inscripción dentro de un plazo de 60 días, podrán inscribirse usted, su Cónyuge y un Hijo si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- Usted, su Cónyuge o su Hijo pierden la elegibilidad para Medicaid o un plan médico estatal para niños;
 - o
- Se determina que usted, su Cónyuge o su Hijo son elegibles para recibir ayuda con el pago de las primas de un plan médico grupal bajo un plan de Medicaid o un plan médico estatal para niños.

Órdenes Calificadas de Sustento Médico de Hijos

La Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1993 requiere que los Administradores del Plan acepten las órdenes calificadas de sustento médico de hijos (“QMCSO”). Una orden QMCSO es una orden del tribunal conforme a la cual el tribunal ordena la cobertura médica de un hijo. Bajo una orden QMCSO, los hijos que de otro modo perderían el derecho de obtener beneficios bajo un plan grupal tendrán derecho a inscribirse como “beneficiarios alternos” en un

plan grupal del padre o la madre. Tanto usted como sus Dependientes pueden obtener de la Junta Directiva, sin cargo alguno, una copia de los procedimientos de QMCSO del Fondo.

Al recibir una orden de sustento médico de hijos, la Junta Directiva se lo notificará al Participante, y cada hijo recibirá notificación dentro de un plazo razonable sobre si la orden es calificada. Se podría nombrar a un representante para que reciba copias de cualesquier avisos que se envíen al hijo. Si se ha determinado que la orden es una QMCSO, el hijo entonces será considerado Dependiente bajo el Fondo a partir de la fecha en que los Síndicos determinen que la orden es calificada.

Elegibilidad bajo la Ley de Ausencias por Motivos de Familia y Médicos (Family and Medical Leave Act – FMLA)

La Ley de Ausencias por Motivos de Familia y Médicos (“FMLA”, por sus siglas en inglés) de 1993 concede a los empleados elegibles conforme a la Ley a tomar una licencia sin paga, sin perder el empleo, hasta por 12 semanas cada año, por:

- una enfermedad del empleado mismo;
- cuidar de un hijo, cónyuge o parente gravemente enfermos;
- el nacimiento o la colocación de un hijo con el empleado para fines de adopción o como hijo de crianza; o
- una “urgencia calificada”, según se define en los reglamentos correspondientes, que resulte del hecho que un miembro cubierto de la familia esté en el servicio activo o sea llamado al servicio activo en la Guardia Nacional o la Reserva en apoyo a una operación de contingencia federal.

Además, la ley FMLA estipula que un empleado elegible que sea un miembro calificado de la familia o parente de un miembro del servicio militar tiene la habilidad de tomar una licencia de hasta 26 semanas de trabajo durante un mismo período de 12 meses para cuidar de un miembro del servicio cubierto que haya sufrido una enfermedad o lesión graves durante el servicio activo.

Por lo general, los empleados elegibles para ausentarse de conformidad con la ley FMLA son aquellos que han estado empleados con su empleador durante por lo menos 12 meses y le han brindado por lo menos 1,250 horas de servicio al empleador. Un empleado en un lugar de trabajo en el que haya menos de 50 empleados tal vez no sea elegible para ausentarse de conformidad con la ley FMLA, a menos que el número total de empleados de dicho empleador [en otros lugares de trabajo] dentro de un radio de 75 millas de distancia de ese empleado equivalga o supere los 50.

Los empleadores que efectúan aportaciones deben notificarle a la Oficina del Fondo cuando sus Empleados tomen licencias conforme a la ley FMLA. No obstante, comuníquese con la Oficina del Fondo si planea tomar una licencia conforme a la ley FMLA para que el Fondo tenga conocimiento de la responsabilidad de su Empleador de informar su periodo de ausencia.

Además, si tiene alguna pregunta sobre la ley FMLA se debe comunicar con su empleador o con la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas (Wage and Hour Division) que aparece en la mayoría de los directorios telefónicos bajo Gobierno de EE. UU. (U.S. Government), Departamento del Trabajo (Labor Department), Administración de Estándares de Empleo (Employment Standards Administration).

Empleados Ausentes por Servicio Militar

Si lo llaman para prestar servicio militar activo, o regresa de este, puede tener derechos especiales bajo la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA). Esos derechos especiales bajo la ley USERRA se le conceden solo si está trabajando activamente al momento de ser llamado al servicio militar. La ley USERRA no concede derechos especiales ni a Jubilados ni a Dependientes llamados al servicio militar.

Si lo llaman a prestar servicio militar activo, puede elegir continuar la cobertura del Fondo según lo ordena la ley USERRA. El período máximo de cobertura conforme a la elección de la ley USERRA es lo que sea menos entre:

- (i) el período de 24 meses que comienza en la fecha en que comience la ausencia por servicio militar; o
- (ii) el día después de la fecha en la que, después de regresar de una ausencia por servicio militar, usted tenga que solicitar o regresar a su puesto o empleo y no lo haga.

Si continúa su cobertura a través del Fondo mientras está ausente por servicio militar, el Fondo podría requerir que usted pague hasta el 102% del costo total de la cobertura bajo el Fondo. Sin embargo, si está en servicio activo por 30 días o menos, el Fondo no le exigirá que pague más que su porción, si corresponde, por la cobertura.

La continuación de cobertura conforme a la ley USERRA transcurre simultáneamente con la continuación de cobertura de COBRA. El que se agote su continuación de cobertura conforme a la ley USERRA no constituye una “situación determinante” para fines de COBRA.

Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia por Servicio Militar

Si usted ingresa a los servicios uniformados, tal como lo define la ley USERRA, para el servicio militar activo o entrenamiento, servicio militar inactivo o entrenamiento, servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional o servicio de salud pública, o para tomar un examen de aptitud para el servicio, y de otro modo cumple los requisitos de la ley USERRA (vea a continuación) su cobertura y la de sus Dependientes elegibles se eliminará de acuerdo con las reglas de empleados activos.

Si lo dan de baja de los Servicios Uniformados con una clasificación que no sea deshonorable y de otro modo cumple los requisitos de la ley USERRA (vea a continuación), la cobertura del Plan para usted y sus dependientes elegibles se restablecerá el día que regrese a trabajar para un Empleador como Empleado. Para ser restablecida, por lo general la ley USERRA requiere que:

- Usted (o un oficial militar calificado) le provea notificación previa por escrito o verbal a su Empleador de que va a ingresar a los servicios uniformados (a menos que dicha notificación previa sea imposible, irrazonable o impedida por necesidades militares);

- No le den de baja deshonorablemente de los servicios uniformados;
- La duración acumulativa de todas sus ausencias del Empleado debido a servicio militar debe, por lo general, no superar los cinco años; y
- Al dejar el servicio uniformado, usted debe reportarse a su Empleador anterior para ser recontratado y/o reportarse a su sindicato local para que lo refieran a un empleo cubierto dentro de los siguientes plazos de tiempo específicos:
 - Servicio uniformado por menos de 31 días, o por cualquier período de duración para un examen de aptitud para el servicio – por lo general se debe reportar a trabajar el primer día de trabajo programado regularmente, por lo menos 8 horas después de regresar a casa del servicio, o
 - Servicio uniformado por más de 30 días, pero menos de 181 días – por lo general se debe reportar a trabajar dentro de un plazo de 14 días de haber completado el servicio.

Si cumple los requisitos de la ley USERRA, usted y sus Dependientes elegibles, después de su regreso, tendrán elegibilidad por un período equivalente al período de elegibilidad que tendría después de la fecha en que dejó de trabajar para su Empleador. Si aún no ha trabajado horas suficientes en un empleo cubierto para volver a cumplir los requisitos de continuación de la elegibilidad al final de ese período, tal vez pueda elegir cobertura de continuación de COBRA. Tiene que elegir COBRA dentro de un plazo de 60 días de la fecha en que termine su cobertura. Puede continuar a la tarifa de COBRA hasta que satisfaga nuevamente los requisitos de elegibilidad o transcurra su período máximo de COBRA, lo que suceda primero.

BENEFICIOS MÉDICOS

Flexible Choice y HMO Select de Kaiser Permanente

Lo siguiente es una descripción general de los beneficios, servicios, exclusiones y limitaciones conforme a los Planes Flexible Choice (“Flex Choice”) y HMO Select de Kaiser Permanente. Esto es solamente un resumen y no describe en su totalidad la cobertura de beneficios. Para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios, consulte la Prueba de Cobertura Grupal y las cláusulas correspondientes publicadas por Kaiser Permanente. La Prueba de Cobertura es el documento legalmente vinculante entre Kaiser Permanente y sus miembros. En caso de que exista alguna ambigüedad o conflicto entre este resumen y la Prueba de Cobertura, esta última regirá. Además, Kaiser Permanente provee materiales que describen sus Planes Flex Choice y HMO Select los cuales se incorporan por referencia. Si cree que no ha recibido esos materiales o la Prueba de Cobertura Grupal y las Cláusulas correspondientes, comuníquese con la Oficina del Fondo y/o Kaiser.

- Si es Empleado activo o Jubilado elegible que todavía no califica para Medicare, o un dependiente que todavía no califica para Medicare, sus beneficios serán proporcionados a través del Plan HMO Select.
- Si usted o un Dependiente viven o trabajan a más de 50 millas de distancia de un centro de Kaiser Permanente, sus beneficios se proporcionarán a través del Plan Flex Choice.

En general, los beneficios provistos por los Planes HMO Select y Flex Choice son similares, siempre y cuando use proveedores de la red. La principal diferencia entre los dos planes es la elección de proveedores.

Plan HMO Select

Con el Plan HMO Select usted tiene la opción de usar los Centros de Salud de Kaiser Permanente o cualquier otro de los miles de proveedores participantes ubicados a través de la región. Puede encontrar proveedores participantes consultando el directorio que se proporcionó en sus materiales de inscripción, o para obtener información más actualizada, llamando a Kaiser al (301) 468-6000, con llamada gratuita al 800-777-7902, o en el sitio de Internet de Kaiser en www.kp.org.

Bajo el Plan HMO Select, con la excepción de los Servicios de Emergencia y los Servicios de Atención Urgente fuera del área, todos los servicios cubiertos por el plan deben ser provistos o autorizados y programados por su Médico de Cuidado Primario del Plan. Los servicios de ginecología, salud conductual, abuso de sustancias, dentales y de optometría se pueden obtener sin ser referido (remitido) por su Médico de Cuidado Primario; sin embargo, un Médico del Plan o un Proveedor del Plan tiene que proporcionar estos servicios.

Plan Flexible Choice

Bajo el Plan Flex Choice, usted tiene la opción de una red de proveedores aún más amplia a través de todo el país. El Plan Flex Choice usa la red de sistemas médicos privados Private Healthcare Systems Network (“PHCS”) Multiplan Network. Los proveedores participantes en la red PHCS pueden encontrarse en www.multiplan.com/kaiser.

Con la excepción de los Servicios de Emergencia y los Servicios de Atención Urgente fuera del área, todos los servicios cubiertos por el plan deben ser provistos o autorizados y programados por su Médico de Cuidado Primario del Plan. Los servicios de ginecología, salud conductual, abuso de sustancias, dentales y de optometría se pueden obtener sin ser referido (remitido) por su Médico de Cuidado Primario; sin embargo, un Médico del Plan o Proveedor del Plan tiene que proporcionar estos servicios.

Dado que el Plan Flex Choice usa proveedores que no son parte de la propia red de Kaiser, usted debe certificar con anticipación todas las hospitalizaciones llamando a SHPS al 1-800-448-9776 antes de la hospitalización. En caso de emergencia, debe notificar a SHPS dentro de 48 horas de ser hospitalizado o al final del primer día hábil después de recibir el tratamiento (lo que ocurra más tarde). SHPS está abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No obtener la certificación previa podría resultar en multas que se describen en los materiales de Kaiser que usted debió haber recibido.

Los Programas de Beneficios de los Planes Flex Choice y HMO Select, junto con una lista de los términos y las condiciones de cobertura para cada uno de ellos (algunas veces denominados “Certificado de Seguro” o “Prueba de Cobertura”), se le proporcionaron y están incorporados por referencia. Si necesita una copia adicional de alguno de estos documentos, comuníquese con la Oficina del Fondo o con Kaiser Permanente.

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

Los Planes Flex Choice y HMO Select Plans exigen que designe un proveedor de cuidado primario. Usted tiene el derecho de seleccionar cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red de Kaiser Permanente y esté disponible para aceptarlos a usted y a los miembros de su familia. Para los niños, puede seleccionar a un pediatra como proveedor de cuidado primario. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario, así como una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, comuníquese con Kaiser Permanente al (301) 468-6000, gratuitamente al 800-777-7902. Puede también comunicarse con el Administrador Externo al 410-872-9500 o al 1-866-553-6559.

No necesita autorización previa de Kaiser Permanente, el Administrador Tercero, el Fondo o de ninguna otra persona (incluido el proveedor de cuidado primario) a fin de tener acceso a cuidado obstétrico o ginecológico de un profesional de atención médica que participa en la red y se especializa en obstetricia o ginecología. No obstante, el profesional de atención médica podría tener que cumplir ciertos requisitos, entre ellos obtener autorización previa de ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o seguir reglas de referido (remitido). Para ver una lista de los profesionales médicos participantes que se especializan en obstetricia y

ginecología, comuníquese con Kaiser Permanente al (301) 468-6000, gratuitamente al 800-777-7902. Puede también comunicarse con el Administrador Externo al 410-872-9500.

Límites Anuales y Vitalicios

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

BENEFICIOS DENTALES

Los beneficios dentales se proveen a todos los Participantes, Dependientes y Jubilados, y sus Cónyuges Cubiertos a través de **Group Dental Service (GDS) [Servicio Dental Grupal]**.

El Fondo ha contratado a **Group Dental Service of Maryland, Inc. (GDS-MD)** para proveer Beneficios Dentales administrados por medio de un panel cerrado de Dentistas Participantes. Eso significa que los servicios dentales se cubren únicamente cuando los provee un Dentista Participante, salvo el cuidado de emergencia o cuando GDS-MD de otro modo los aprueba.

Cómo elegir un dentista participante

Para elegir un Dentista Participante, llame a la Oficina Administrativa de **GDS-MD al 1-800-242-0450**. Un Representante de Servicios a los Miembros le proveerá una lista de Dentistas Participantes que están cerca de donde usted vive o trabaja. También puede visitar www.gdsmd.com para buscar un proveedor en línea. Haga clic en el enlace de sindicatos laborales y seleccione “todos los demás sindicatos”. Usted y cada uno de sus Dependientes cubiertos están en libertad de elegir el mismo Dentista Participante o uno distinto como dentista primario. Usted o su Dependiente pueden cambiar su elección en cualquier momento llamando a GDS-MD.

Servicios dentales cubiertos

Este es un bosquejo básico de los servicios dentales cubiertos bajo el Plan Dental. Este es solo un resumen de los servicios dentales cubiertos. Para ver una lista completa de los servicios dentales cubiertos, comuníquese con **GDS-MD al 1-800-242-0450**.

<i>De diagnóstico y preventivos</i>	<i>Copago del miembro</i>
Examen oral periódico	\$20
Radiografía de mordida – dos películas	\$10
Película panorámica (una vez cada 3 años)	\$25
Profilaxis - Adulto (una vez cada 6 meses)	\$35

Servicios básicos

Amalgama – una superficie, primarios/permanentes	\$30
Amalgama – dos superficies, primarios/permanentes	\$40
Resina – una superficie, anterior	\$30

Copago del miembro

Coronas (Restauración sencilla)

Coronas – Substrato de porcelana/cerámica	\$550
Coronas – porcelana fundida a metal noble superior	\$550 + oro
Coronas – porcelana fundida a metal predominantemente común	\$550

Endodoncia

Terapia de conducto radical anterior	\$250
Terapia de conducto radical bicúspide	\$350
Terapia de conducto radical molar	\$450

Periodoncia

Remoción de sarro periodontal y alisado radical	\$90
---	------

Prótesis removibles

Dentaduras superiores e/o inferiores completas	\$500
Parcial superior e/o inferior – Armazón de metal fundido con base de resina	\$500

Cirugía oral

Extracción, diente brotado o raíz expuesta	\$30
Remoción quirúrgica de diente brotado	\$75

Este es solo un resumen de los servicios dentales cubiertos. Para ver una lista completa de los servicios dentales cubiertos, así como las Exclusiones y Limitaciones de la cobertura, llame a **GDS-MD al 1-800-242-0450.**

BENEFICIOS POR TIEMPO PERDIDO

El seguro de compensación a los trabajadores sólo paga beneficios cuando usted no trabaja debido a un accidente o enfermedad *relacionada con el trabajo*. Sin embargo, el Fondo tiene un beneficio de “tiempo perdido” que le paga \$200 por semana durante un máximo de 13 semanas si queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad que *no estén relacionados* con el trabajo o de otra manera cubiertos por otra fuente (vea “Subrogación” en la página 20).

Los beneficios pueden comenzar después de que un Médico lo examine y confirme su discapacidad. Los beneficios no comenzarán por una enfermedad hasta que haya estado enfermo por ocho días. Sin embargo, si sufre un accidente o lo hospitalizan, usted es elegible para recibir los beneficios de inmediato.

No tiene que estar confinado a cama a fin de calificar para los beneficios por tiempo perdido. Sin embargo, debe ser incapaz de trabajar en su empleo normal, y debe estar recibiendo tratamiento de parte de un Médico.

Una vez que califique para recibir los beneficios, recibirá cheques semanales si:

- a) usted y su Médico llenan un formulario de reclamación por tiempo perdido y lo envían al Administrador Externo,
- b) basándose en el examen que le practicó, su Médico certifica que no puede trabajar,
- c) usted consulta a su Médico una vez por semana durante el período que está discapacitado, y
- d) si se le pide, usted **tiene** que someterse a otro examen por parte de un Médico seleccionado por el Fondo.

Puede recibir beneficios por tiempo perdido durante un máximo de 13 semanas, siempre y cuando siga imposibilitado para trabajar. Si su discapacidad termina durante una semana de trabajo, los beneficios por pérdida de tiempo se pagarán a la tarifa de \$40 por día de discapacidad durante esa semana de trabajo con un pago máximo de \$200.

Si sufre una discapacidad subsiguiente por la misma causa o una relacionada durante un plazo de dos semanas de haber regresado al trabajo, su segundo período de discapacidad se considerará una continuación del primero. Recibirá los beneficios sin ningún período de espera (a menos que ya haya recibido el máximo de 13 semanas de beneficios).

Por lo general, debe haberse recuperado completamente y completado por lo menos dos semanas de empleo activo a tiempo completo con un Empleador para que los beneficios por pérdida de tiempo sean pagaderos durante un segundo período de discapacidad. No obstante, si regresa a un empleo a tiempo completo con un Empleador por menos de dos semanas, será elegible para recibir los beneficios por pérdida de tiempo por una lesión o enfermedad no del todo relacionada con la(s) causa(s) de la discapacidad anterior.

EXAMEN DE DETECCIÓN DE ASBESTOSIS (TAMBIÉN DISPONIBLE PARA JUBILADOS)

Si ha estado trabajando en el oficio durante por lo menos 20 años, califica para hacerse un examen de detección de asbestosis -- pagado totalmente por el Fondo. El examen de detección es una evaluación de los niveles de asbestosis, colesterol y plomo en el organismo.

Debe hacerse el examen de detección a través de la Clínica Hospitalaria de la Universidad de George Washington (u otro centro aprobado por la Junta Directiva). Para programar una cita, comuníquese con su sindicato local.

No tendrá que pagar nada por el examen ni presentar una reclamación. Una vez que se le realice el examen, el proveedor de los servicios le cobrará directamente al Fondo.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

El Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores provee un Beneficio de Seguro de Vida Suplementario a Participantes Activos y Jubilados que reciben un beneficio mensual de Fondo de Fideicomiso No. 2 de Pensión y Discapacidad del Consejo de Distrito de Trabajadores. Los participantes activos recibirán un Beneficio de Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento de \$10,000. Los jubilados recibirán un Beneficio de Seguro de Vida de \$2,500. Este beneficio lo asegura:

UNUM
1699 King Street, Suite 100
Enfield, CT 06082
No. de póliza: 408240

La elegibilidad para el Beneficio Suplementario de Seguro de Vida se basará en:

Participantes Activos – Debe ser Empleado y Participante en el Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores y **miembro en buenos términos con el Sindicato Local 11.**

Jubilados - Debe recibir una pensión del Fondo de Fideicomiso No. 2 de Pensión y Discapacidad del Consejo de Distrito de Trabajadores y **miembro en buenos términos con el Sindicato Local 11.** Tome nota de que este Beneficio se proporciona solamente al Jubilado.

Si no está seguro de si califica como miembro en buenos términos con el Sindicado Local 11, comuníquese con el Sindicato Local 11 directamente:

LOCAL 11 (202) 723-3366

ASEGÚRESE DE TENER UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS ACTUALIZADO EN LOS ARCHIVOS DE LA OFICINA DEL FONDO PARA GARANTIZAR QUE HAYA NOMBRADO A UN BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO. Si la Oficina del Fondo no tiene un Formulario de Inscripción para Beneficios actualizado para usted o si su beneficiario designado fallece antes que usted, el Beneficio de Seguro de Vida Suplementario se le pagará a la primera persona sobreviviente, en el orden de sucesión siguiente, excepto en la medida que el certificado de cobertura del asegurador especifique algo distinto:

1. El Cónyuge sobreviviente,
2. Los hijos sobrevivientes en partes iguales,
3. Los padres sobrevivientes en partes iguales,
4. Los hermanos y las hermanas sobrevivientes en partes iguales y
5. Su patrimonio sucesorio.

SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Los beneficios provistos por Kaiser Permanente se rigen por las reglas de Subrogación, Reembolso y Coordinación de los Beneficios propias de Kaiser. Esas reglas se explican en los materiales que Kaiser le ha proporcionado por separado a usted, y se incorporan por referencia. Comuníquese con la Oficina del Fondo si no recibió o necesita otra copia de esos materiales.

Las siguientes reglas aplican si recibe beneficios del Fondo *que no sean* a través de Kaiser Permanente, a menos que se especifique algo distinto en los documentos del beneficio, como el certificado de cobertura correspondiente del asegurador.

Ocasionalmente, un tercero podría ser responsable de sus gastos médicos. Eso puede ocurrir cuando un tercero es responsable de su enfermedad o lesión, o responsable de otra manera del pago de sus facturas médicas. La Junta Directiva, a su discreción, puede decidir no proveerle beneficios del Fondo si un tercero es responsable del pago de los beneficios hasta que el encargado de tomar decisiones correspondientes y finales haga una determinación respecto de la responsabilidad del tercero respecto de usted. Las reglas en esta Sección rigen cómo paga el Fondo los beneficios, o si lo hará, en tales situaciones.

Estas reglas tienen dos fines. Primero, las reglas aseguran que sus beneficios se paguen de manera puntual, a menudo, cuando existe alguna duda sobre la responsabilidad de un tercero, transcurren varios meses antes de que el tercero en efecto pague. Estas reglas permiten que el Fondo pague sus gastos cubiertos hasta que su disputa con el tercero sea resuelta.

Segundo, las reglas protegen al Fondo de tener que asumir todos los gastos en situaciones en las que un tercero es responsable. De conformidad con estas reglas, una vez que se determine que un tercero es de alguna manera responsable por las lesiones que dieron lugar a estos gastos, en la medida que los Síndicos a su sola y absoluta discreción lo consideren apropiado, este Fondo tiene que ser reembolsado por los beneficios que le haya pagado a usted por adelantado. Ese reembolso debe provenir de cualquier compensación que usted reciba en relación con la situación que ocasionó que usted incurriera en gastos médicos.

Derechos de Subrogación y Reembolso

Si usted incurre en gastos cubiertos por los cuales un tercero tal vez sea responsable, tiene que notificárselo al Fondo. Aún si no se lo notifica al Fondo, el Fondo automáticamente adquiere todos y cualesquier derechos que usted pueda tener ante el tercero.

La Junta Directiva puede, a su sola discreción, exigir que usted (o su representante autorizado si usted es menor de edad y no puede dar su consentimiento) firme un Acuerdo de Subrogación antes de que este Fondo le pague algún beneficio relacionado con tales gastos. Si la Junta Directiva requiere la firma del Acuerdo de Subrogación del Fondo, no se le brindará ningún beneficio a menos que usted, su cónyuge (si lo tiene) y su abogado (si lo tiene) firmen el formulario. También tiene que notificarle al Fondo antes de contratar a otro abogado o a un abogado adicional ya que dicho abogado también debe firmar el Acuerdo de Subrogación. El

Acuerdo de Subrogación del Fondo debe estar firmado por usted y sus abogados, y ser recibido por la Oficina del Fondo en la fecha más temprana entre (1) un año de la fecha de su accidente; o (2) treinta (30) días después de la fecha de la carta de la Oficina del Fondo enviándole el Acuerdo de Subrogación para que lo firme. El Fondo no pagará ningún Beneficio por los gastos relacionados con ese accidente si el Acuerdo no está firmado.

EL QUE EL FONDO NO REQUIERA LA FIRMA DEL ACUERDO DE SUBROGACIÓN, EN NINGÚN CASO, REDUCIRÁ O SE CONSIDERARÁ UNA RENUNCIA DEL DERECHO DEL FONDO A LA SUBROGACIÓN Y EL REEMBOLSO.

Si el Fondo lo solicita, usted debe llenar un formulario que incluya, entre otra información, la siguiente:

- Los detalles del accidente o lesión;
- El nombre y la dirección de la persona o entidad que usted dice que ocasionaron el accidente o la lesión, así como el nombre y la dirección de la compañía de seguro y abogado de dichas persona o entidad; y
- El nombre y la dirección del abogado suyo.

Debe también:

- Firmar el Acuerdo de Subrogación del Fondo;
- Hacer que su abogado firme el Acuerdo de Subrogación y lo entregue en la Oficina del Fondo antes de que se pague algún beneficio;
- Proveerle a la Oficina del Fondo informes trimestrales sobre la situación de su reclamación o acción contra un tercero, incluso, entre otros, mociones, declaraciones juradas, conferencias previas al juicio, conferencias para llegar a un acuerdo, etc.; y
- Responder oportunamente a toda indagación del Fondo respecto de la situación de la reclamación contra un tercero, incluso, entre otros, mociones, declaraciones juradas, conferencias previas al juicio, conferencias para llegar a un acuerdo, etc.

Su deber de proveerle esta información al Fondo es continuo.

Además de sus derechos de subrogación, el Fondo tiene el derecho de ser reembolsado por pagos efectuados en nombre suyo bajo estas circunstancias. El Fondo debe recibir reembolso de cualquier liquidación, fallo u otro pago que usted obtenga del tercero responsable antes de que cualquier otro gasto, entre ellos honorarios y costos de abogado, sean descontados del pago, independientemente de cómo usted, el tercero o el tribunal caractericen la índole de la recuperación. Al hacer valer los derechos del Fondo a la subrogación y el reembolso, los Síndicos no están limitados por ninguna determinación del juez de los hechos sobre la relación

de causa entre las lesiones que dieron lugar a estos gastos, y la responsabilidad del tercero si existe prueba que, en la opinión de los Síndicos, apoya la causa.

El derecho del Fondo de recobrar sus beneficios es su primera prioridad antes de cualquier otra reclamación y se aplicará al monto total de cualquier recuperación de gastos. Esto incluye cualquier recuperación por medio de fallo, acuerdo de liquidación, concesión de arbitraje o de otra índole. El derecho de recuperación del Fondo no quedará limitado por la aplicación de ningún principio de “restitución completa” (o sea, el Fondo tiene derecho a ser el primero en recibir un reembolso por cualquier recuperación, aunque a usted no se le compense totalmente) ni por la caracterización de la índole o el propósito de los montos recuperados o por la identidad de la parte de quien se obtiene la recuperación. El Fondo tiene derecho a recuperar de todos y cualesquier liquidaciones o fallos, aun aquellos designados como dolor y sufrimiento, daños no económicos y/o daños generales solamente. No se requiere que el Fondo participe o le pague costos u honorarios de abogado a ningún abogado que usted contrate para interponer una reclamación por daños.

Derecho a Subrogación y Reembolsos Futuros

Además de la satisfacción de un gravamen existente de cualquier recuperación que usted obtenga, el Fondo también tiene derecho a un crédito futuro por gastos futuros relacionados equivalente al producto neto recibido por usted.

“Producto neto” se define como el monto total de su recuperación o fallo, menos el pago total del monto del gravamen del Fondo, menos el pago de los honorarios de su abogado y los costos relacionados con la acción del tercero. Usted debe gastar el producto neto en gastos médicos o relacionados que surjan o se relacionen con las lesiones que fueron objeto de la acción del tercero y que de otro modo estarían cubiertas por el Fondo, hasta que se agote el monto de dicho producto.

Es solo en ese momento que los beneficios adicionales del Fondo serán nuevamente la responsabilidad del Fondo conforme a los términos del Fondo. El Fondo no reanudará el pago de beneficios médicos y relacionados hasta que usted le haya proporcionado al Fondo prueba de que utilizó el producto neto de la recuperación y/o el fallo para pagar gastos médicos y relacionados emanados de o relacionados con las lesiones que fueron objeto de la liquidación o acción por parte del tercero. El Administrador determinará el producto neto disponible para un crédito futuro.

Asignación de una Reclamación

Usted no puede asignar ningún derecho o causa de acción que pueda tener en contra de ningún tercero sin el consentimiento expreso por escrito del Fondo.

Los Síndicos, a su sola discreción, podrían requerir que usted le asigne al Fondo su reclamación completa en contra del tercero. Si este Fondo recupera de un tercero algún monto que excede de los beneficios pagados a usted, más los honorarios de abogado, costos y gastos incurridos para hacer la recuperación, entonces el exceso se le pagará a usted.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

Beneficios de Asegurado – Proceso para Presentar Reclamaciones y Apelaciones

Todas las reclamaciones y las apelaciones relacionadas con sus beneficios de asegurado están sujetas a los procedimientos de reclamaciones y apelaciones (incluso todo procedimiento previo al servicio) del asegurador correspondiente. La información y los procedimientos sobre cómo hacer y presentar reclamaciones y apelaciones se detallan en los materiales provistos por el asegurador. Usted puede obtener esos materiales directamente del asegurador o en la Oficina del Fondo. Las reclamaciones y las apelaciones relacionadas con los beneficios de asegurado deben enviarse directamente al asegurador correspondiente. Cabe señalar que es importante que siga los procedimientos para hacer sus reclamaciones y apelaciones. De lo contrario, sus reclamaciones no se pagarán.

Sus beneficios de asegurado incluyen los siguientes:

Cobertura Médica	Kaiser Permanente
Cobertura Dental	Group Dental Services
Beneficio de Seguro de Vida	Unum

Tiempo Perdido – Proceso para Presentar Reclamaciones y Apelaciones

Las reclamaciones y las apelaciones relacionadas con los beneficios de Tiempo Perdido deben enviarse directamente a la Oficina del Fondo.

El Formulario de Reclamación

Las reclamaciones deben presentarse en formularios que sean los aceptados por el Fondo. Puede obtener un formulario de reclamación en su Oficina del Fondo. Las instrucciones para llenarlo se encuentran en la parte delantera o el dorso de cada formulario.

Una reclamación nueva no puede procesarse sin tener un formulario de reclamación COMPLETAMENTE LLENO. Las preguntas sin contestar podrían demorar la revisión de los beneficios hasta que se obtenga la información que falta. Además, debe presentar con su formulario de reclamación cualquier otro material que sea necesario para procesar su reclamación.

Aviso de Reclamación

Todas las reclamaciones deben presentarse antes de que transcurra un año del primer día en el que se encuentre ausente del trabajo. Además, la información adicional que necesite el Fondo para terminar el procesamiento de reclamación debe presentarse durante el siguiente año de la presentación de la reclamación inicial. Las reclamaciones presentadas después de transcurrido el período de un año serán denegadas.

Presente su reclamación en la Oficina del Fondo y con los Síndicos en esta dirección:

Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500 o 1-866-553-6559

El Fondo se reserva el derecho y la oportunidad de examinar a la persona cuya lesión o enfermedad es la base de la reclamación cuando y tan frecuentemente como sea razonablemente requerido.

Asignación

Los beneficios no son asignables y solo pueden pagarse al Empleado discapacitado.

Aviso de la Determinación de una Reclamación

El Administrador del Plan le notificará su decisión en relación con su reclamación en un plazo razonable, pero no después de 45 días de haber recibido su reclamación. El Administrador del Plan puede extender el período para notificarle su decisión hasta un máximo de 30 días adicionales si la prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Administrador del Plan. Si el Administrador del Plan decide extender el plazo de la notificación, se lo notificará antes de que venza el período inicial, incluida la razón para usar la prórroga y la fecha en la que espera tomar una decisión. El Administrador del Plan puede extender la fecha para responder a su reclamación un segundo período de 30 días debido a asuntos que estén fuera del control del Administrador del Plan. Si eso sucede, el Administrador del Plan se lo notificará antes de que concluya la primera prórroga.

Si se requiere una prórroga debido a que usted no ha presentado toda la información necesaria, se le darán 45 días para proporcionar cualquier otra información necesaria. La Oficina del Fondo decidirá su reclamación dentro de un plazo de 30 días de que presente la información necesaria.

Procedimiento de Revisión de Reclamaciones

Si se deniega una reclamación total o parcialmente, se le notificará por escrito dentro del plazo correspondiente, y se le dará la oportunidad de tener una revisión completa y justa.

La denegación por escrito le proporcionará: (a) la razón específica de la denegación, (b) una referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la denegación, (c) una descripción de los materiales o información adicionales necesarios para perfeccionar la reclamación y la razón por la que son necesarios dichos materiales o información, (d) una explicación del procedimiento de revisión de reclamaciones del Fondo, incluida una declaración de sus derechos a entablar alguna acción civil conforme a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación o revisión negativa de beneficios, (e) si se basó en alguna regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar, o si se usó dicha declaración, regla, directriz,

protocolo u otro criterio similar, se le proporcionarán a usted copias de esos documentos sin cargo alguno si lo solicita y, (f) si la denegación se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental, o una exclusión o límite similar, la denegación debe proporcionar una explicación del fallo científico o clínico para tal determinación, con aplicación de los términos del Fondo que correspondan a sus circunstancias médicas o una declaración de que se proporcionará dicha explicación sin cargo alguno si la solicita.

Si su reclamación no se resuelve dentro de un plazo de 45 días después de que usted presente su formulario de reclamación y toda la documentación relevante, puede continuar con el procedimiento de revisión descrito más adelante, como si su reclamación hubiera sido denegada.

Proceso de Apelación

En caso de que una reclamación sea denegada total o parcialmente, usted puede apelar la denegación y pedir que la Junta Directiva la revise.

Usted (o su representante) deben enviar su apelación dentro de un plazo de 180 días después de haber recibido el aviso por escrito de que su reclamación fue denegada a:

La Junta Directiva (Board of Trustees),
Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Puede presentar comentarios por escrito, documentos, expedientes y cualquier otra información relacionados con su reclamación. También se le proporcionará, a su solicitud y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, expedientes y demás información relevantes para su reclamación de beneficios, así como copias de los mismos. La revisión por parte de los Síndicos tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, expedientes y demás información presentada por usted en relación con su reclamación, independientemente de que dicha información haya sido presentada o considerada en la decisión inicial de beneficios.

Las decisiones de la Junta Directiva se tomarán de manera oportuna y a más tardar en la reunión de la Junta Directiva programada inmediatamente después de la fecha en que se reciba la petición de revisión, a menos que la petición de revisión se presente antes de 30 días de la fecha de dicha reunión. En tal caso, la decisión de la Junta Directiva se tomará a más tardar en la fecha de la segunda reunión de la Junta Directiva que siga a la fecha en que se reciba la reclamación. Si circunstancias especiales requieren una prórroga adicional para procesarla, la Junta Directiva decidirá su apelación a más tardar en la tercera reunión de la Junta Directiva que siga a la fecha en que se reciba la petición de revisión. Si tal prórroga de revisión fuera necesaria a causa de circunstancias especiales, se le proporcionará un aviso por escrito de la prórroga, con una descripción de las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la decisión, antes del comienzo de la prórroga.

La Junta Directiva no tomará en cuenta la decisión original. Si la Junta Directiva toma alguna decisión basada en una revisión total o parcial de un fallo médico, la Junta Directiva consultará con un profesional de atención médica que tenga la capacitación y la experiencia

adecuadas en el campo médico relacionado con el fallo médico y que no haya estado involucrado en la denegación inicial.

Una vez que la Junta Directiva tome una decisión, usted recibirá la notificación tan pronto como sea posible pero dentro de un plazo de cinco días. La decisión de la revisión se dará por escrito e incluirá las razones específicas de dicha decisión y las disposiciones específicas del plan en las que se basó la determinación. La decisión de la revisión incluirá una declaración de que usted tiene derecho a recibir, si los pide y sin cargo alguno, todos los documentos, expedientes y demás información pertinente a la reclamación. Si se usó alguna regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión de la revisión, el aviso de la decisión incluirá una declaración indicando que se usó uno de ellos para tomar la decisión en la revisión y una copia de dicha regla, directriz, protocolo o demás criterio similar y se le ofrecerá sin cargo alguno, si lo solicita. Si la decisión de la revisión se basa en una determinación de necesidad médica, tratamiento experimental, o exclusión o límite similar, la denegación proporcionará una explicación del fallo científico o clínico de la decisión, aplicando los términos del Fondo a sus circunstancias médicas o una declaración de que dicha explicación se le proporcionará sin cargo alguno si lo solicita. Si el Fondo consultó a algún experto médico o vocacional en su caso, la identidad de dichos expertos se le divulgará, si lo solicita.

La decisión de la Junta Directiva será final y vinculante para todas las partes.

Examen de Detección de Asbestosis – Proceso de Reclamación y Apelación

Las reclamaciones y las apelaciones relacionadas con los beneficios Examen de Detección de Asbestosis deben enviarse directamente a la Oficina del Fondo.

El Formulario de Reclamación

No tendrá que pagar nada por el Examen de Detección de Asbestosis ni presentar una reclamación. Una vez que se le realice el examen, el proveedor de los servicios le cobrará directamente al Fondo.

No obstante, si se ha denegado la cobertura de todo o parte del Examen de Detección de Asbestosis por parte del Plan, usted puede presentar una reclamación por escrito ante el Fondo en la Oficina del Fondo.

Aviso de Reclamación

Todas las reclamaciones deben presentarse antes de que transcurra un año a partir de la fecha de su examen de detección de asbestosis. Además, cualquier información adicional que necesite el Fondo para terminar el procesamiento de la reclamación debe presentarse durante el siguiente año a partir de la presentación de la reclamación inicial. Las reclamaciones presentadas después de transcurrido el período de un año serán denegadas.

Presente su reclamación ante la Oficina del Fondo y los Síndicos en esta dirección:

 Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
 Columbia, MD 21046
 (410) 872-9500

Asignación

Los beneficios no son asignables y solo pueden pagarse al Empleado o Jubilado.

Aviso de la Determinación de la Reclamación

La oficina del Fondo le notificará su decisión en relación con su reclamación en un plazo razonable, pero no después de 30 días a partir de haber recibido su reclamación. La Oficina del Fondo puede extender el período para notificarle su decisión hasta por 15 días adicionales si la prórroga es necesaria debida a asuntos fuera del control de la Oficina del Fondo. Si la Oficina del Fondo decide extender el plazo de la notificación, se lo notificará antes de que concluya el período inicial de vencimiento, incluida la razón de la prórroga y la fecha en la que espera tomar la decisión.

Si se requiere una prórroga debido a que usted no presentó toda la información necesaria, se le darán 45 días para proporcionar la información necesaria. La Oficina del Fondo decidirá sobre su reclamación dentro de un plazo de 15 días después de que haya presentado la información necesaria.

Procedimiento de Revisión de la Reclamación

Si se le deniega la reclamación total o parcialmente, se le notificará por escrito dentro del período de tiempo correspondiente, y se le dará la oportunidad de tener una revisión completa y justa.

La denegación por escrito le proporcionará: (a) la razón específica de la denegación, (b) una referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la denegación, (c) una descripción de los materiales o información adicionales necesarios para perfeccionar la reclamación y la razón por la que es necesario dicho material o información, (d) una explicación del procedimiento de revisión de reclamaciones del Fondo, incluida una declaración de sus derechos a entablar alguna acción civil conforme a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación o revisión negativa de beneficios, (e) si se basó en alguna regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar, o si se usó dicha declaración, regla, directriz, protocolo u otro criterio similar, se le proporcionará a usted una copia de esos documentos sin cargo alguno si lo solicita y, (f) si la denegación se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental, o una exclusión o límite similar, la denegación debe proporcionar una explicación del fallo científico o clínico para tal determinación, los términos que corresponden del plan a sus circunstancias médicas o una declaración de que se proporcionará dicha explicación sin cargo alguno si la solicita.

Si no se toma acción sobre su reclamación dentro de un plazo de 30 días después de que usted presentó su formulario de reclamación y toda la documentación relevante, puede proceder con el procedimiento de revisión descrito más adelante, como si su reclamación hubiera sido denegada.

Procedimiento de Apelación

En caso de que una reclamación haya sido denegada total o parcialmente, usted puede apelar la denegación y pedir que la Junta Directiva la revise.

Usted (o su representante) deben presentar su apelación dentro de un plazo de 180 días después de haber recibido aviso por escrito de que su reclamación fue denegada ante:

La Junta Directiva (Board of Trustees),
Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Puede presentar comentarios por escrito, expedientes, documentos y cualquier otra información relacionada con su reclamación. También se le proporcionará, a su solicitud y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, expedientes y demás información relevantes para su reclamación de beneficios, así como copias de los mismos. La revisión de los Síndicos tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, expedientes y demás información presentados por usted en relación con la solicitud, independientemente de que dicha información haya sido presentada o considerada en la decisión inicial de beneficios.

Las decisiones de la Junta Directiva se tomarán de manera oportuna y a más tardar en la reunión de la Junta Directiva programada inmediatamente después de la fecha en que se reciba la petición de revisión, a menos que la petición de revisión se presente antes de 30 días de la fecha de dicha reunión. En tal caso, la decisión de la Junta Directiva se tomará a más tardar en la fecha de la segunda reunión de la Junta Directiva que siga a la fecha en que se reciba la reclamación. Si circunstancias especiales requieren una prórroga adicional para procesarla, la Junta Directiva decidirá su apelación a más tardar en la tercera reunión de la Junta Directiva que siga a la fecha en que se reciba la petición de revisión. Si tal prórroga de revisión fuera necesaria a causa de circunstancias especiales, se le proporcionará un aviso por escrito de la prórroga, con una descripción de las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la decisión, antes del comienzo de la prórroga.

La Junta Directiva no tomará en cuenta la decisión original. Si la Junta Directiva toma alguna decisión basada en una revisión total o parcial de un fallo médico, la Junta Directiva consultará con un profesional de atención médica que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo médico relacionado con el fallo médico y que no haya estado involucrado en la denegación inicial.

Una vez que la Junta Directiva tome una decisión, usted recibirá la notificación tan pronto como sea posible pero dentro de un plazo de cinco días. La decisión de la revisión se dará por escrito e incluirá las razones específicas de dicha decisión y las disposiciones específicas del

plan en las que se basó la determinación. La decisión de la revisión incluirá una declaración de que usted tiene derecho a recibir, si los pide y sin cargo alguno, todos los documentos, expedientes y demás información pertinente a la reclamación. Si se usó alguna regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión de la revisión, el aviso de la decisión incluirá una declaración indicando que se usó uno de ellos para tomar la decisión en la revisión y una copia de dicha regla, directriz, protocolo o demás criterio similar y se le ofrecerá sin cargo alguno, si lo solicita. Si la decisión de la revisión se basa en una determinación de necesidad médica, tratamiento experimental, o exclusión o límite similar, la denegación proporcionará una explicación del fallo científico o clínico de la decisión, aplicando los términos del Fondo a sus circunstancias médicas o una declaración de que dicha explicación se le proporcionará sin cargo alguno si lo solicita. Si el Fondo consultó a algún experto médico o vocacional en su caso, la identidad de dichos expertos se le divulgará, si lo solicita.

La decisión de la Junta Directiva será final y vinculante para todas las partes.

REGLAS Y REQUISITOS ADICIONALES

Ley de Prescripción

Un reclamante, entre otros un Empleador, Cónyuge, Dependiente o patrimonio sucesorio, pueden entablar un proceso judicial en contra de cualquier persona, incluidos el Plan, la Junta Directiva, un fiduciario del Plan, el Administrador del Plan, el Administrador Externo, un administrador de reclamaciones, asegurador o cualquier otra persona respecto de una reclamación de beneficios bajo el Plan sin agotar antes los procedimientos de reclamación y apelación. Un reclamante que haya agotado estos procedimientos y no esté satisfecho con la decisión tras apelación de una reclamación denegada podrá entablar una acción de conformidad con la Sección 502 de la ley ERISA en un tribunal correspondiente para revisar la decisión apelada, pero únicamente si la acción se entabla a más tardar en la fecha que ocurra primero entre: (1) tres años después de la fecha de haber recibido el servicio o tratamiento, o la situación que dio lugar al beneficio, o (2) el primer aniversario de la decisión final bajo apelación.

Selección de los Proveedores de Servicio

El uso de cualquier proveedor de atención médica es un acto voluntario por parte del Participante o Dependiente. Nada de lo que figura en este documento o en otros lugares se propone como recomendación o instrucción de usar algún proveedor en particular. Usted debe seleccionar un proveedor o un tratamiento basándose en los factores que considere apropiados. Todos los proveedores son contratistas independientes, no empleados del Fondo. El Fondo no hace manifestación alguna sobre la calidad del servicio o tratamiento de ningún proveedor y no es responsable de ningún acto cometido u omitido por algún proveedor en conexión con la cobertura del Fondo. El proveedor es únicamente responsable de los servicios y el tratamiento proporcionados.

Declaraciones de Información al IRS y Declaraciones de Pagador Secundario a Medicare

Es posible que usted reciba una carta del Empleador o de un administrador tercero pidiéndole que confirme o provea información sobre los números de Seguro Social de sus Dependientes inscritos. Por lo general, Medicare requiere que el administrador externo del Plan suministre esta información electrónicamente. Para obtener información sobre la autoridad para solicitar el número de Seguro Social, visite www.cms.hhs.gov/MandatoryInsRep. Vaya a la sección de descargas (Downloads) y seleccione la ALERTA (ALERT) del 23 de junio de 2008.

El Fondo tiene que obtener los números de Seguro Social de todos los Dependiente inscritos a fin de cumplir con los requisitos de declaración al IRS de la Ley de Cuidado a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). El no proporcionar esta información podría resultar en la eliminación de la cobertura de Dependientes.

Sin Garantía de Empleo

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

Prohibición de Asignación de Beneficios

Salvo la asignación a proveedores de atención médica requeridas por las pólizas de seguro, su derecho de recibir beneficios bajo el Plan no se puede asignar, voluntaria o involuntariamente, a ninguna otra persona. Usted no puede, en ningún momento, asignarle a otra persona o entidad, incluidos entre otros los proveedores de atención médica de quienes reciba servicios, su derecho de hacer una reclamación o demandar para recuperar beneficios bajo el Plan, de hacer valer sus derechos bajo el Plan, o de ningún otro recurso de acción que pueda tener en contra del Plan, sus representantes, sus fiduciarios, sus Síndicos o cualquier otra persona.

Tergiversación o Fraude

En la medida que lo permita la ley, el Administrador del Plan, Administradores Externos, aseguradores y Administradores de Reclamaciones se reservan el derecho de eliminar los beneficios de un Empleado o Dependiente, denegar beneficios futuros, entablar acciones legales en contra de un Empleado, Dependiente o alguna otra parte y/o descontar de los beneficios futuros el valor de los beneficios que el Plan ha pagado sobre la base de información errónea o tergiversaciones de los hechos proporcionadas al Plan en el caso de personas que hayan obtenido beneficios ilícitamente debido a tergiversación o fraude intencionales.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Cobertura de COBRA

Si se elimina la cobertura (elegibilidad) del Fondo por causa de una “situación determinante”, las Personas Cubiertas pueden comprar una extensión temporal de la cobertura del Fondo (llamada “continuación de cobertura”) a una tarifa de grupo que equivale al 102% del costo del Plan. Un Empleado, Cónyuge o Hijo que constituyan una Persona Cubierta pueden pasar a ser “beneficiarios calificados” si pierden la cobertura bajo el Plan debido a la situación determinante. Esta continuación de cobertura algunas veces se conoce como cobertura de “COBRA”.

Puede tener otras opciones si pierde la cobertura médica grupal

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

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

Cuando usted pierde la cobertura médica proporcionada por un empleo, es importante que elija cuidadosamente entre COBRA y otras opciones de cobertura porque una vez que haya elegido, podría ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura. **Para obtener mayor información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguros de Salud y para encontrar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las distintas opciones, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.** Si se inscribe en COBRA, podrá inscribirse en el Mercado solo en ciertas fechas.

Si se inscribe en la continuación de cobertura de COBRA, podrá cambiar a un plan del Mercado durante un período de inscripción abierta del Mercado. También puede cancelar su continuación de cobertura de COBRA prematuramente y cambiar a un plan del Mercado si tiene otra situación especial de inscripción como un matrimonio o el nacimiento de un Hijo. Pero tenga cuidado – si cancela su cancelación de cobertura de COBRA prematuramente sin una situación de inscripción especial, tendrá que esperar para inscribirse en cobertura del Mercado hasta el siguiente período de inscripción abierta y podría quedarse sin cobertura hasta entonces.

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

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

“Situaciones Determinantes” para Continuación de Cobertura

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

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

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

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

- (1) la muerte del padre Empleado;
- (2) el divorcio o separación legal de los padres;
- (3) el padre Empleado adquiere derechos a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas).
- (4) deja de cumplir con la definición de Dependiente según las reglas del Plan (por ejemplo, un Hijo Dependiente cumple 26 años de edad).

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

- (1) la muerte del Empleado Jubilado;
- (2) el divorcio o la separación legal del Empleado Jubilado; o
- (3) El Jubilado adquiere derechos a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas).

Extensión de la discapacidad a veintinueve (29) meses.

Esta extensión aplicará cuando la Administración del Seguro Social (“SSA”, por sus siglas en inglés) determine que un beneficiario calificado quedó discapacitado en cualquier momento antes del final de los primeros sesenta (60) días de la cobertura de COBRA (resultante de la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo) y sigue estando discapacitado al

final del período inicial de 18 meses de cobertura. Para que aplique la extensión de la discapacidad debe notificarlo y proveer a la Oficina del Fondo una copia de la carta de Determinación de Discapacidad de la SSA dentro del período de cobertura de COBRA de 18 meses y a más tardar 60 días después de lo que sea posterior a: (1) la fecha de la Determinación de discapacidad de la SSA; (2) la fecha en la que ocurra la situación determinante; o (3) la fecha en la que el Beneficiario Calificado pierda la cobertura debido a la situación determinante.

Su responsabilidad de informar

El Empleado o Empleado Jubilado o su familia tienen la responsabilidad inicial de informarle a la Oficina del Fondo sobre un divorcio, separación legal, un hijo que pierda su condición de Dependiente conforme al Fondo, que el Empleado o Jubilado adquiera derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), o el fallecimiento de un Dependiente o Empleador Jubilado. Se debe cursar aviso por escrito a más tardar 60 días después de la situación o la fecha de terminación de la cobertura, lo que ocurra más tarde. Se podría requerir que las Personas Cubiertas provean información adicional para justificar la situación determinante (por ejemplo, una sentencia de divorcio).

El Empleador que hace aportaciones por el Empleado tiene la responsabilidad inicial de notificarle a la Oficina del Fondo sobre el fallecimiento del Empleado, la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo.

Elección de la cobertura

Cuando se le notifica a la Oficina del Fondo que ha ocurrido una de estas situaciones, la Oficina del Fondo, a su vez, les notificará a los beneficiarios calificados que tienen el derecho de elegir continuación de cobertura. Los beneficiarios calificados deben informar a la Oficina del Fondo que desean comprar continuación de cobertura dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que perderían la cobertura debido a una de las situaciones descritas anteriormente. Podría requerirse que los beneficiarios calificados que elijan cobertura del Fondo paguen hasta el 102% de la prima correspondiente y hasta un 150% de la prima correspondiente durante una extensión por discapacidad. La fecha límite del pago de la primera prima es 45 días después de la fecha de la elección de la cobertura. Todas las primas subsiguientes deben pagarse el primer día de cada mes (con un período de gracia de 30 días).

Duración de la Cobertura

Si pierde la cobertura debido a una situación determinante, puede elegir continuar la misma cobertura que tenía inmediatamente antes de la situación determinante; no obstante, esa continuación de cobertura está sujeta a los cambios efectuados por la Junta Directiva a la cobertura equivalente que mantienen Empleados o Jubilados (según corresponda) en situaciones similares. Usted tiene el mismo derecho de cambiar su cobertura que tienen Empleados o Jubilados en situaciones similares, de haberlos (entre ellos los derechos de inscripción abierta para cambiar la cobertura).

Las primas de continuación de cobertura están sujetas a las modificaciones periódicas de parte de la Junta Directiva. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener información acerca de las primas de continuación de cobertura. Si una persona cubierta no selecciona y/o paga la continuación de cobertura, su cobertura a través del Fondo se eliminará.

Maneras mediante las cuales puede interrumpirse la continuación de cobertura

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

- (1) el Empleador del Empleado o del Jubilado recontratado ya no aporta al Fondo para fines de proporcionar cobertura médica grupal a sus Empleados;
- (2) el beneficiario calificado no paga a tiempo la prima de continuación de cobertura;
- (3) el beneficiario calificado pasa a estar cubierto bajo otro plan médico grupal, ya sea como Empleado o de otro modo;
- (4) el beneficiario calificado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare;
- (5) en el caso de las extensiones de once (11) meses debido a ciertas discapacidades, una determinación final de que el beneficiario calificado ya no está discapacitado.

Los beneficiarios calificados deben pagar la prima total de continuación de cobertura, más una cuota administrativa del 2%.

Tenga en cuenta que, si usted o un Dependiente cambian de estado civil o de dirección, usted o su Dependiente deben notificarlo de inmediato a la Oficina del Fondo.

INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

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

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

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

El Fondo de Fideicomiso No. 2 de Salud y Bienestar del Consejo de Distrito de Trabajadores ha establecido un Fondo de beneficios para proporcionar beneficios de atención médica y discapacidad a los Participantes y sus Dependientes. El Fondo es un **plan de salud grupal**.

El Fondo es administrado por una Junta Directiva conjunta formada por síndicos de los Empleadores y el Sindicato. La Junta contrató a un Administrador Externo para mantener los registros del Fondo, efectuar pagos de beneficios y encargarse de la administración diaria del Fondo.

Algunos beneficios del Fondo los paga directamente el Fideicomiso, mientras que otros se proveen por medio de contratos de seguro. Los beneficios médicos, dentales y de seguro de vida se proporcionan por medio de contratos de seguro. Eso significa que la compañía de seguros correspondiente es responsable de pagar esos beneficios y el Fondo es responsable solo del pago de las primas a la compañía de seguros. No obstante, los beneficios por pérdida de tiempo y de detección de asbestosis se proveen de manera auto asegurada. Eso significa que el Fondo paga esos beneficios directamente del Fideicomiso.

El nombre, la dirección y el número de teléfono del **Administrador Externo** son los siguientes:

Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Teléfono: 410-872-9500

La Junta Directiva constituye el **Administrador del Plan** y su **Fiduciario Nombrado**. Puede comunicarse con la **Junta Directiva** en la siguiente dirección:

Junta Directiva
Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500 o 1-866-553-6559

Los nombres y las direcciones de sus miembros (los Síndicos) son los siguientes:

<i>Síndicos del Sindicato</i>	<i>Síndicos de los Empleadores</i>
David Allison, Presidente Baltimore-Washington Laborers 11951 Sunrise Valley Drive, Suite 310 Reston, VA 20190	George Maloney, Copresidente 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046
Orlando Bonilla, Cosecretario Mid-Atlantic Regional Laborers' 11951 Sunrise Valley Drive, Suite 310 Reston, VA 20190	Ronnie Kennedy DPR Construction 11109 Sunset Hills Rd., Suite 200 Reston, VA 20190
Hugo Carballo Mid-Atlantic Regional Laborers 3680 Wheeler Avenue, Suite 100 Alexandria, VA 22304	Michael Buch Buch Construction 11292 Buch Way Laurel, MD 20723
Dennis Desmond Laborers' Local 11 5201 First Place, NE Washington, DC 20011	Pat Hurley 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046
Julio Palomo Laborers' Local 11 5201 First Place, NE Washington, DC 20011	Cherie Pleasant Construction Contractors Council 3033 Wilson Blvd., #700 Arlington, VA 22201

La Junta Directiva se reserva específicamente el derecho y la autoridad discrecional absoluta de interpretar e inferir las reglas y los reglamentos del Fondo, incluidos todos los términos y disposiciones establecidos en este documento. Toda interpretación o inferencia serán definitivas y vinculantes para todas las partes interesadas. Ningún empleador ni representante sindical que actúe en dicha capacidad, ni ningún empleado de la Oficina de Beneficios del Fondo tiene autorización para interpretar o inferir las reglas o los reglamentos del Fondo. Por ejemplo, los términos redactados por escrito del Fondo no quedan modificados por ninguna declaración oral hecha por personal del Fondo (o el Sindicato), o sus representantes.

Además, la Junta Directiva puede delegar ciertos deberes a otras personas y puede solicitar el asesoramiento que la Junta estime necesario respecto del Fondo. La Junta Directiva tendrá el derecho de confiar en la información y el asesoramiento proporcionados por dichos representantes y asesores, a menos que sepa que dicha información o asesoramiento son incorrectos o ilegales.

El **Número de Identificación de Empleador** (EIN) asignado a la Junta Directiva por el Servicio de Impuestos Internos es 52-0228954.

El **número de Plan** asignado al Fondo por la Junta Directiva es 501.

El año del Plan es del 1 de octubre al 30 de septiembre de cada año.

El **Administrador Externo**, Carday Associates, Inc., ha sido nombrado **agente de notificación de comparecencia judicial**. Su dirección es:

Junta Directiva
Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Las notificaciones de comparecencia judicial también pueden ser dirigidas a un Síndico del Plan o al Administrador del Plan.

Fuentes de aportaciones

Los beneficios auto asegurados, así como las primas de los beneficios de asegurado se pagan con los activos del Fondo, los cuales incluyen:

- las aportaciones hechas en nombre suyo por su Empleador conforme un Convenio Colectivo o un Convenio de Participación;
- las primas pagadas por Jubilados y sus Cónyuges;
- las ganancias de inversión;
- las primas de continuación de cobertura de COBRA; y
- las primas de continuación de cobertura de USERRA.

Los activos se mantienen en un fideicomiso para proporcionar beneficios a los Participantes y sus Dependientes cubiertos, y para cubrir los gastos razonables administrativos del Fondo. La Junta Directiva mantiene el Fideicomiso que contiene los activos del Fondo.

Puede averiguar si su empleador aporta al Fondo (y de ser así la dirección) si le escribe al Administrador Tercero a la dirección que se indica en la página 37. Además, el Administrador Externo mantiene una lista de Empleadores que hacen aportaciones y de Sindicatos participantes, así como copias de los Convenios Colectivos correspondientes, los cuales puede obtener si le escribe a la Junta Directiva. Esa lista, así como los Convenios Colectivos correspondientes, también se pueden revisar en la Oficina del Fondo, puede obtener copias si paga una cantidad razonable por hacerlas.

Enmienda y Eliminación del Fondo

La habilidad del Fondo de brindar beneficios depende de ciertos factores que podrían variar de año tras año, incluso de un mes a otro. Se espera que el Fondo permanezca activo indefinidamente. No obstante, las leyes federales, u otras consideraciones, también pueden exigir que se efectúen cambios al Fondo. La Junta Directiva se reserva el derecho de enmendar, modificar, descontinuar, suspender o eliminar cualquier parte o la totalidad de este Fondo en cualquier momento, por cualquier motivo y a su exclusiva discreción. Esto incluye, entre otras cosas, cambiar los programas de beneficios y las reglas de elegibilidad del Fondo. Además, la continuación del Fondo está sujeta a que se mantengan los convenios colectivos que estipulan las aportaciones de los empleadores al fondo de fideicomiso que provee los beneficios del Fondo. Por lo tanto, los beneficios descritos en este folleto están sujetos a cambios en cualquier momento, a discreción de la Junta Directiva.

Si el Fondo se elimina y quedan activos en el mismo, ese dinero se usará para pagar reclamaciones de beneficios incurridas antes de la fecha de eliminación y cualquier gasto administrativo razonable. Los activos del Fondo se usarán exclusivamente para beneficio de los Participantes del Fondo, así como para pagar los gastos razonables del Fondo. En ningún caso se devolverá ningún activo a ningún Empleador o Sindicato(s). Al ser liquidados los activos del Fondo, los Participantes y beneficiarios no tendrán ningún derecho, ni participación adicional en el Fondo.

En resumen, tenga en mente que los beneficios proporcionados por el Fondo:

- no están garantizados;
- no están destinados a ser ni se consideran ingresos diferidos;
- no tienen derechos adquiridos;
- están sujetos al derecho de la Junta Directiva de hacer modificaciones o eliminar dichos beneficios;
- están sujetos a las reglas y los reglamentos adoptados por la Junta Directiva; y
- podrían ser modificados o descontinuados y dicho derecho de modificación o eliminación no depende de la necesidad financiera.

Descalificación o Pérdida de los Beneficios

Ciertas circunstancias podrían dar lugar a la descalificación, inelegibilidad o denegación, pérdida, renuncia o suspensión de los beneficios: A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de cuándo se podría perder la cobertura:

- pérdida de la elegibilidad del Participante (p. ej., horas de trabajo por las cuales se hacen aportaciones del Empleador al Fondo, o despido del empleo);
- no haber presentado los formularios necesarios para justificar la reclamación;
- no haber presentado las reclamaciones dentro del plazo estipulado;
- presentación de reclamaciones falsas o información falsa para justificar una reclamación;
- incumplimiento de su Empleador con el pago de aportaciones a este Fondo en nombre suyo;
- incumplimiento de su empleador con sus responsabilidades conforme al Contrato y Declaración de Fideicomiso del Fondo;
- dejar de ser un Dependiente;
- no reintegrar al Fondo los montos que adeuda;
- incumplimiento de la presentación de documentos solicitados sobre la clasificación de Dependiente como parte del proceso de verificación de la condición de dependiente (como se explica en mayor detalle a continuación);
- coordinación de beneficios
- enmienda o eliminación del Fondo;
- caducidad del Convenio Colectivo correspondiente; o
- fraude o tergiversación intencionales.

Sin embargo, tenga presente que los Síndicos pueden eliminar la cobertura por otros motivos también.

De vez en cuando se le pedirá que provea documentación de prueba de la elegibilidad de su Dependiente, incluyendo documentos como un acta de matrimonio, acta de nacimiento o documentos de adopción. El no proveer documentación adecuada, de ser solicitada, resultará en la eliminación de la cobertura para la(s) persona(s) afectadas sin derecho a extensión de la cobertura bajo COBRA. Además, la cobertura de dependientes no elegibles está prohibida por la política del Fondo. Los Empleados que se determine que cubren dependientes no elegibles podrían quedar sujetos a medidas legales y a descontinuación de la cobertura del Fondo.

SUS DERECHOS CONFORME A LA LEY ERISA

La Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (denominada “ERISA”) otorga ciertos derechos a aquellos que participan en planes tales como el Fondo. Estos incluyen el derecho a:

- Recibir información acerca del Fondo y los beneficios.
- Examinar, sin cargo alguno, todos los documentos del Fondo, entre ellos los contratos de seguro, los convenios colectivos y copias de todos los documentos presentados por el

Fondo ante el Departamento del Trabajo de EE. UU., como informes anuales detallados y descripciones del Fondo. Estos documentos del fondo deben estar disponibles en la Oficina del Fondo y otros lugares específicos, como en lugares de trabajo y oficinas del sindicato.

- Obtener copias de todos los documentos y otra información del Fondo bajo previa petición por escrito al administrador del Fondo. El administrador podría aplicar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. El Fondo tiene la obligación, por ley, de proporcionarle a cada Participante una copia de su informe anual resumido.
- A mantener la cobertura de atención médica para usted, su Cónyuge o Hijos si pierde la cobertura del Fondo a causa de una situación determinante. Usted y sus dependientes tal vez tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este Resumen de la Descripción del Plan/documento del Plan y los documentos que rigen el Fondo, así como las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura de COBRA.

Además de crear derechos para los participantes del Fondo, la ley ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación de un Fondo.

Las personas que operan el Fondo, denominadas “fiduciarios” del Fondo, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y con el propósito de salvaguardar los intereses suyos y de otros participantes y beneficiarios del Fondo.

Nadie, ni siquiera su empleador, sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo ni discriminar contra usted de ninguna manera para evitar que obtenga el beneficio de bienestar o ejerza sus derechos conforme a la ley ERISA.

Si su reclamación de beneficios de bienestar se deniega total o parcialmente, usted tiene derecho a saber las razones de la denegación, a obtener gratuitamente copias de los documentos relacionados con la decisión, y a apelar la denegación, dentro de ciertos límites de tiempo.

Conforme a la ley ERISA existen medidas que puede tomar para hacer cumplir estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales del Fondo y no los recibe antes de que transcurran 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría ordenarle al administrador del Fondo que le proporcione dichos documentos y que le pague un máximo de \$110 al día hasta que reciba los documentos (a menos que dichos documentos no se hayan enviado por motivos fuera del control del Administrador del Fondo).

Si tiene una reclamación de beneficios que fue rechazada o ignorada, total o parcialmente, puede entablar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Fondo o con la falta de dicha decisión con respecto a la clasificación calificada de una orden de proporcionar seguro médico a los hijos, puede entablar una demanda en un tribunal federal.

Si cree que los fiduciarios del Fondo han malversado el dinero del Fondo o que lo han discriminado por aplicar sus derechos, puede solicitar ayuda al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, o puede entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién pagará los costos del tribunal y los honorarios de abogado. Si gana el caso, es posible que el tribunal le ordene a la persona que usted demandó que pague esos costos y honorarios. Si pierde el caso, el tribunal podría ordenarle que pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si decide que su reclamación es insustancial.

Si tiene preguntas sobre este Fondo, comuníquese con el administrador del Fondo. Si tiene preguntas acerca de esta declaración o sobre sus derechos conforme a la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del Fondo, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, que se incluye en su directorio telefónico o la División de Asistencia e Indagaciones Técnicas, Administración para la Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Departamento del Trabajo, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

REQUISITOS BAJO LA LEY DE DERECHOS DE LA MUJER EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

Conforme a la ley federal, los planes colectivos de salud y las aseguradoras médicas que ofrecen cobertura colectiva de seguros médicos que incluye beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía incluirán los beneficios médicos y quirúrgicos para la cirugía reconstructiva de los senos como parte del procedimiento de la mastectomía. La cirugía reconstructiva de los senos en relación con una mastectomía como mínimo deberá proporcionar: (1) la reconstrucción del seno en el cual se realice la mastectomía; (2) la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y (3) las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas; de la manera que determinen en consulta con el médico a cargo y el paciente. Como parte del Programa de Beneficios del Fondo, dichos beneficios están sujetos a las disposiciones de control de costo adecuado del Fondo tales como los deducibles y el coaseguro.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Por lo general, los planes médicos grupales y las compañías de seguros médicos no pueden, conforme a las leyes federales, restringir la duración de ninguna estancia en el hospital relacionada con un parto, ni para la madre ni para el recién nacido, a menos de 48 horas en el caso de un parto vaginal, o a menos de 96 horas en el caso de una cesárea. Sin embargo, las leyes federales por lo general no prohíben que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, los dé de alta a ella o al recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, los planes y las aseguradoras no pueden, conforme a las leyes federales, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para ordenar una estancia que no exceda de 48 horas (o 96 horas).