

***CONTRATO DE SERVICIO MAN-U SERVICE
FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR***

***Documento y Resumen de la Descripción del Plan
para participantes con tarifa de aportación por hora
(según enmendados y replanteados con vigencia al 1.º de enero de 2014)***

**OFICINA DEL FONDO
Y
ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES**
Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500
(800) 638-8824

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE	I
I. DEFINICIONES	1
II. ELEGIBILIDAD.....	5
A. REGLAS DE ELEGIBILIDAD INICIAL	5
B. TRIMESTRES DE TRABAJO Y TRIMESTRES DE COBERTURA (CÓMO MANTENER LA ELEGIBILIDAD).....	5
C. REGLA DE PERÍODO RETROSPETIVO.....	6
D. ELEGIBILIDAD INICIAL PARA EMPLEADOS DE EMPLEADORES RECIÉN SINDICALIZADOS (NOG, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (VIGENTE A PARTIR DEL 1.º DE SEPTIEMBRE DE 2011)7	7
E. PAGOS POR CUENTA PROPIA PARA LOS PARTICIPANTES DE LA CLASE I.....	8
F. CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA.....	9
G. INSCRIPCIÓN.....	9
H. COBERTURA DE SUS DEPENDIENTES	10
I. CAMBIOS EN LA COBERTURA.....	10
J. ÓRDENES CALIFICADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HIJOS (QMCSO).....	11
K. AUSENCIA CON PERMISO POR MOTIVOS FAMILIARES O MÉDICOS.....	11
L. AUSENCIA CON PERMISO PARA EL SERVICIO MILITAR	12
M. CERTIFICACIÓN DE LA COBERTURA.....	13
III. CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA.....	14
A. CUÁNDO PODRÍA TENER DERECHO A OBTENER CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA 14	14
B. ¿QUÉ ES UN SUceso CALIFICADOR?	14
C. ¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?.....	15
D. USTED DEBE DAR AVISO DE ALGUNOS SUcesos CALIFICADORES.....	15
E. ¿CÓMO SE PROPORCIONA LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?	15
F. PAGO PARA COBRA	16
G. PERÍODO DE GRACIA PARA LOS PAGOS	17
H. PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA.....	17
I. COBRA PARA PARTICIPANTES DISCAPACITADOS	17
J. MÚLTIPLES SUcesos CALIFICADORES MIENTRAS TIENE LA COBERTURA COBRA.....	17
K. TERMINACIÓN O REDUCCIÓN DE HORAS DESPUÉS DE CALIFICAR PARA PARTICIPAR EN MEDICARE	18
L. DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN	18
M. AVISO DE LA FALTA DE DISPONIBILIDAD DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA ..19	19
N. TERMINACIÓN TEMPRANA DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA.....	19
O. AVISO DE TERMINACIÓN TEMPRANA DE COBRA.....	19
P. CONFIRMACIÓN DE COBRA A LOS PROVEEDORES	20
Q. SI TIENE PREGUNTAS	20
R. MANTENGA AL PLAN INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO	20
S. INFORMACIÓN PARA COMUNICARSE CON EL PLAN.....	20
IV. PROGRAMA DE BENEFICIOS	21
RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DISPONIBLES POR PLAN:	21
SECCIÓN 1: PLAN A, CLASE 1	21
A. BENEFICIOS MÉDICOS	21

B.	BENEFICIOS DENTALES.....	23
C.	BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....	23
D.	BENEFICIOS DE LA VISTA	23
E.	BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	24
F.	SEGURO DE VIDA, BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO Y BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)	24
	SECCIÓN 2. PLAN A, CLASE II	25
A.	BENEFICIOS MÉDICOS	25
B.	BENEFICIOS DENTALES.....	26
C.	BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....	26
D.	BENEFICIOS DE LA VISTA	27
E.	BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	27
F.	SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.....	28
	SECCIÓN 3. CARING HEART (EMPLEADOS A TIEMPO PARCIAL).....	28
A.	BENEFICIOS DENTALES.....	28
B.	BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....	32
C.	BENEFICIOS DE LA VISTA	33
D.	BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	33
V.	COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS	34
A.	INFORMACIÓN GENERAL	34
B.	ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)	34
C.	GASTOS CUBIERTOS	35
D.	DEDUCIBLES ANUALES	35
E.	GASTOS NO REEMBOLSABLES.....	35
F.	COASEGUROS Y COPAGOS	36
G.	DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS	36
H.	BENEFICIOS POR ABUSO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS	40
I.	LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS.....	40
J.	LEY DE LOS DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER.....	40
G.	DENTALES.....	40
VI.	PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN	41
B.	QUÉ SUCEDA SI NO SIGUE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN	42
VII.	COBERTURA DENTAL	44
A.	BENEFICIOS DENTALES (PLAN A, CLASES I Y II)	44
B.	BENEFICIOS DENTALES (CARING HEART).....	44
C.	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	44
VIII.	COBERTURA DE LA ATENCIÓN DE LA VISTA	46
A.	INFORMACIÓN GENERAL	46
B.	SERVICIOS CUBIERTOS	46
C.	EXCLUSIONES.....	46
IX.	COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	47
A.	INFORMACIÓN GENERAL	47
B.	LIMITACIONES	47
C.	EXCLUSIONES.....	47
D.	SURTIDO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS	48

E. MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO.....	49
F. PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA.....	49
G. MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS (VIGENTE EL 1 DE ENERO DE 2015).....	49
X. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD, SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D).....	51
A. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	51
B. SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS POR MUERTE	51
C. SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)	52
D. EXCLUSIONES DE AD&D	52
XI. EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA	54
XII. PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES.	56
A. DEFINICIÓN DE RECLAMACIÓN.....	56
B. CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS.....	56
C. CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN.....	56
D. PLAZO LÍMITE PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN.....	57
E. DERECHO A TENER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO.....	57
F. DETERMINACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS	57
G. NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN SOBRE UNA RECLAMACIÓN	61
H. SOLICITUD DE REVISIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DENEGADA.....	62
I. PROCESO DE REVISIÓN	63
J. PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE UNA DECISIÓN BAJO APELACIÓN	63
K. NOTIFICACIÓN DE UNA DECISIÓN DESPUÉS DE REVISAR UNA APELACIÓN	64
L. DECISIÓN DE LOS SÍNDICOS.....	65
M. LIMITACIÓN SOBRE CUÁNDO SE PUEDE ENTABLAR UNA DEMANDA ANTE UN TRIBUNAL	65
XIII. COBERTURA DUPLICADA	66
A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	66
B. REGLAS DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	66
C. CUANDO USTED Y SU CÓNYUGE TRABAJAN PARA LA EMPRESA	67
D. CUÁNTO PAGA ESTE PLAN COMO PLAN SECUNDARIO	67
E. MEDICARE Y OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES	67
F. MEDICAID	67
G. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA “NO-FAULT” DE VEHÍCULOS DE MOTOR REQUERIDA POR LEY	67
H. COMPENSACIÓN A TRABAJADORES.....	67
I. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS (SUBROGACIÓN)	67
XIV. SUS DERECHOS DE ERISA	70
XV. OTRA INFORMACIÓN	74
A. TIPO DE PLAN	74
B. NOMBRE DEL PLAN.....	74
C. NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN.....	74
D. PATROCINADOR DEL PLAN	74
E. ADMINISTRADOR DEL PLAN	74
F. ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES	75
G. AGENTE PARA DILIGENCIAMIENTO DE PROCESOS LEGALES	75
H. TIPO DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN.....	76

I.	FUENTE DE APORTACIÓN Y MEDIO DE FINANCIAMIENTO.....	76
J.	CONVENIOS DE NEGOCIACIÓN COLECTIVOS	76
K.	AÑO FISCAL DEL PLAN.....	76
L.	ENMIENDAS O CANCELACIÓN DEL PLAN	76
M.	RELEVO DE RESPONSABILIDAD.....	76
N.	DERECHO DE COMPENSACIÓN	76
O.	AUTORIDAD DISCRECIONAL DE LA JUNTA DIRECTIVA Y SUS DESIGNADOS	77
P.	SIN RESPONSABILIDAD POR LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA	77
Q.	PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD, DIVULGACIÓN DE REGISTROS O INFORMACIÓN.....	77
R.	FIDUCIARIO NOMBRADO BAJO ERISA.....	78
S.	NO SE ASIGNAN LOS BENEFICIOS.....	78
T.	LEY QUE RIGE	78
U.	CLÁUSULA DE CONSERVACIÓN.....	78
V.	TÍTULOS	78
W.	CONSTRUCCIÓN DE PALABRAS.....	78
XVI.	CUADRO DE REFERENCIA RÁPIDA	79

Estimado participante:

Nos complace presentar este manual actualizado en el que se describen los beneficios provistos por el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U (el "Fondo" o el "Plan") para usted y sus Dependientes elegibles. Este replanteamiento del Plan o Resumen de la Descripción del Plan entra en vigor el 1.º de enero del 2014.

Existen distintos "planes" de beneficios que provee el Fondo para los empleados elegibles. El "plan" de beneficios al que tiene derecho ("Plan A" o "Caring Heart") lo determina la tasa de aportaciones que pague su Empleador al Fondo según se establezca en el Convenio Colectivo. Además, dentro del Plan A hay diferentes "clases" de beneficios. La "clase" de beneficios correspondiente se basa en el número de horas que usted trabaje.

Este manual fue diseñado específicamente para establecer y explicar los beneficios proporcionados a los Participantes del Plan A, Clase 1, el Plan A Clase 2 y el Caring Heart de Tiempo Parcial. (Los beneficios para los Participantes en el Plan Caring Heart de Tiempo Completo se describen en otro manual.) Este manual le ayudará a entender los beneficios médicos, dentales, de la vista y de medicamentos con receta, y otros beneficios provistos por el Fondo, y cómo usarlos con prudencia. Debe revisarlo y mostrárselo a los miembros de su familia que estén cubiertos. El manual describe:

- los beneficios que se ofrecen;
- los procedimientos a seguir para presentar reclamaciones; y
- sus responsabilidades bajo el Fondo.

A medida que se enmiende el Plan de vez en cuando, los Síndicos le enviarán avisos con una explicación de los cambios. Debe guardar estos avisos con este manual como actualizaciones. Los Síndicos se reservan el derecho de enmendar el Plan de vez en cuando, incluyendo el derecho a modificar los beneficios provistos. Los Síndicos también se reservan el derecho de cancelar el Fondo en cualquier momento.

Asegúrese de mantener este manual y todos los avisos sobre los cambios al Plan en un lugar seguro y accesible para consultarlos cuando sea necesario. En caso de que tenga alguna pregunta sobre sus beneficios, elegibilidad o las reclamaciones, no dude en comunicarse con la Oficina del Fondo en donde el personal estará listo para ayudarlo.

Nos enorgullece brindarle estos beneficios.

Atentamente,

LA JUNTA DIRECTIVA

Aviso referente al Plan como Plan Médico con Derechos Adquiridos por Antigüedad

El Fondo de Fideicomiso del Contrato de Servicio Man-U Service estima que este plan es un “plan médico con derechos adquiridos por antigüedad” de conformidad con la Ley de Protección de Pacientes y Cuidado a Bajo Precio (la Ley de Cuidado a Bajo Precio). Conforme a lo permitido por la Ley de Cuidado a Bajo Precio, un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se promulgó la ley. Ser un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad significa que el Fondo de Fideicomiso del Contrato de Servicio Man-U Service puede excluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado a Bajo Precio que se aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito de proveer servicios de salud preventivos sin compartir los costos. No obstante, los planes médicos con derechos adquiridos por antigüedad deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado a Bajo Precio; por ejemplo, la eliminación de los límites vitalicios de beneficios.

Las preguntas relacionadas con cuáles protecciones se aplican y cuáles no se aplican a un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad y lo que podría ocasionar que un plan cambiara su condición de plan médico con derechos adquiridos por antigüedad deben dirigirse al Administrador del Fondo a los números telefónicos indicados a continuación. También se puede comunicar con la Administración de Garantía de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor) al (866) 444-3272 o en el sitio www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio tiene una tabla que resume cuáles protecciones aplican y no aplican a planes médicos con derechos adquiridos por antigüedad.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Fondo al (410) 872-9500 o gratuitamente al (888) 490-8800. Representantes de Servicios a los Miembros están disponibles para servirle de lunes a viernes de 8:30 AM hasta 5 PM.

I. DEFINICIONES

Las siguientes son las definiciones de los términos específicos que se usan en este documento. Estas definiciones no pretenden ser, ni deben interpretarse como, una extensión de la cobertura bajo el Plan.

- A. **Cargo Razonable** significa el cargo usual que cobra un médico u otro proveedor de atención médica por un servicio similar en ausencia del seguro, pero no más de los cargos regulares, según lo determinado para beneficios de tipo comparable, que cobran médicos o proveedores con capacitación y experiencia similares dentro de las áreas en las que en efecto se proporciona el servicio. “Área” significa el municipio (o en el caso de una ciudad grande, la subdivisión de la misma) en la cual en efecto se proporciona el servicio, o bien, áreas mayores según sea necesario para obtener una muestra representativa de servicios similares.
- B. **Junta Directiva o Síndicos** se refiere a la Junta Directiva del Fondo de Fideicomiso del Contrato de Servicio Man-U.
- C. **Año Calendario** significa el período de 12 meses que comienza el 1.^º de enero y termina el 31 de diciembre.
- D. **Administrador de Reclamaciones, Administrador o Administrador del Fondo** es la persona u organización designadas por los Síndicos para ser responsable del pago de las reclamaciones, ciertos servicios de revisión médica, servicios de indagaciones de reclamaciones y servicios de asesoramiento de salud.
- E. **Convenio Colectivo** significa un acuerdo por escrito (según ampliado, revisado, enmendado o reemplazado) firmado por un Empleador y un sindicato, el cual requiere que el Empleador haga aportaciones al Fondo.
- F. **Coaseguro** significa la porción de los Gastos Cubiertos de la que es responsable financieramente el Participante.
- G. **Copago** se refiere a la cantidad fija de dólares que paga el Participante cuando se incurre en Gastos Cubiertos.
- H. **Trimestre de Cobertura** significa un período de tres meses calendario consecutivos que comienza el 1.^º de enero, el 1.^º de abril, el 1.^º de julio o el 1.^º de octubre.
- I. **Empleo Cubierto** se refiere al trabajo de un Empleado en una categoría de trabajo por la cual el Empleador tiene que hacer aportaciones al Fondo en su nombre.
- J. **Gasto Cubierto** significa un gasto, en la medida que sea un Gasto Permitido, que se permite bajo el Plan por 1) un servicio o suministro Médicamente Necesario para el diagnóstico, el tratamiento, la mitigación o la cura de una enfermedad o lesión estructural mental o corporal, o 2) servicios de bienestar y preventivos.

El Plan no siempre pagará beneficios en montos equivalentes o basados en los cargos reales de un Médico, aun después de que usted haya pagado los Deducibles y Coaseguros correspondientes. Esto se debe a que el Plan cubre solo los Cargos Razonables por servicios y suministros. El Plan no le reembolsará ningún gasto que no sea un Gasto Cubierto. Eso significa que usted es responsable de pagar el costo total de todos los gastos que no estén cubiertos por el Plan. Cualquier monto en exceso del Cargo Razonable no se considera como parte del máximo de gastos no reembolsables del Plan por cada beneficio.

K. **Deductible** significa el monto de Gastos Cubiertos que es responsable de pagar antes de que el Plan comience a pagar ciertos beneficios.

L. **Dependiente** tiene el significado establecido en la Sección II, Subsección H.

M. **Equipo Médico Duradero** se refiere al equipo que puede soportar el uso repetido; y que se usa principal y acostumbradamente para un fin médico y que generalmente no es útil si no existe una enfermedad o lesión; y no es desecharable o no duradero y es adecuado para el hogar del paciente. El Equipo Médico Duradero incluye entre otro, los monitores para la apnea, los monitores glucómetros, inodoros, camas eléctricas de hospital con barandas de seguridad, sillas de ruedas eléctricas y manuales, nebulizadores, medidores de oxígeno, oxígeno y suministros, y ventiladores.

N. **Empleado** se refiere a una persona empleada por un Empleador que aporta al Plan y quien califica para inscribirse en la cobertura bajo el Plan.

O. **Empleador** es cualquier entidad que tenga un Convenio Colectivo con el Sindicato Internacional de Trabajadores de Norteamérica (Laborers' International Union of North America), u otro contrato escrito (que incluye, entre otros, un acuerdo de participación) con los Síndicos, y quien esté obligado a aportar al Fondo.

P. **Fondo** se refiere al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U.

Q. **Hospital** es una institución que:

- Está autorizada y se dedica principalmente a proporcionar servicios de diagnóstico y terapéuticos para brindar diagnóstico, y tratamiento médico y quirúrgico a personas lesionadas y enfermas.
- Opera 24 horas al día, todos los días, bajo la supervisión continua de un personal de médicos (M.D., D.O.).
- Ofrece, o tiene un contrato escrito con otro Hospital del área para proporcionar los servicios generalmente aceptados de diagnóstico o terapéuticos que podrían necesitarse durante una hospitalización.
- No se trata, aparte de incidentalmente, de un lugar para descansar, para las personas mayores ni una casa de reposo o convalecencia.

El término "Hospital" incluye otras instituciones, como aquellas que se especializan en rehabilitación física, o en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales o abuso de sustancias, y que se reconocen como Hospitales bajo este Plan, como: Hospital de Servicio de Salud Pública; enfermerías de universidad; sanatorios autorizados para el tratamiento de la tuberculosis; Sanatorios de Ciencia Cristiana operados, o listados y certificados, por *First Church of Christ Scientist*, Boston, MA.; los Hospitales en un país extranjero; y para servicios como pacientes externos, Instalaciones Quirúrgicas Ambulatorias Independientes aprobados por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica.

R. **Médicamente Necesario** significa la atención, el tratamiento y los suministros que:

- Los provee un Médico o cirujano certificados, u otro proveedor de atención médica certificado;

- Se proporcionan en un Hospital u otra instalación aprobada por la Junta Directiva;
- Están de acuerdo con el estándar de las buenas prácticas médicas según se reconocen y aceptan generalmente en la comunidad médica en donde se proporcionan los servicios, y son adecuados para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión; y
- No son solamente para la comodidad personal o la conveniencia del paciente, la familia o el proveedor;
- No son parte ni están relacionados con la educación escolar o la capacitación vocacional del paciente.

La internación en un Hospital se considera Médicamente Necesaria solamente si el estado del paciente es tal que no puede proporcionarse atención de manera segura como paciente externo.

La Junta Directiva tiene la facultad de tomar la decisión final sobre si la atención, el tratamiento y los suministros son Médicamente Necesarios.

S. **Servicios de Ortodoncia Médicamente Necesaria** significa procedimientos que ayudan a restaurar la salud y el funcionamiento de las estructuras bucales y el tratamiento de afecciones médicas graves como paladar hendido y labio leporino, la micrognatia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior subdesarrolladas), el prognatismo mandibular extremo, la asimetría extrema (anormalidades craneofaciales), la anquilosis de la articulación temporomandibular, así como otras displasias esqueléticas significativas. Los servicios de Ortodoncia no están cubiertos si la persona no satisface los criterios descritos anteriormente.

T. **Participante** se refiere a un Empleado o Dependiente que esté inscrito en cobertura bajo el Plan.

U. **Plan** significa el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U, según se enmiende de vez en cuando.

V. **Médico** significa un doctor certificado para practicar la medicina (M.D.) o un doctor certificado en osteopatía (D.O.); o para ciertos servicios especificados cubiertos bajo el Plan, un dentista certificado (D.D.S. o D.M.D.), un podiatra o podólogo certificados (D.P.M. o D.S.C.), que practiquen dentro del ámbito de sus certificaciones. Un Médico también es un doctor certificado en psiquiatría (M.D.), un psicólogo (incluyendo un psicólogo clínico que sea una persona certificada como psicólogo o en una jurisdicción que no requiera la certificación, uno que esté certificado como psicólogo clínico por la Asociación Estatal de Psicología).

Para fines del beneficio de Visita al Consultorio Médico solamente (e independientemente de que dichos servicios estén por lo demás cubiertos bajo otra parte del Plan) los siguientes profesionales también serán considerados como Médicos si dichos profesionales cumplen con los requisitos educativos y de autorización correspondientes y apropiados: Quiropráctico; Trabajadores Sociales Clínicos Autorizados (L.C.S.W. por las siglas en inglés de Licensed Clinical Social Worker); Enfermero; Asistente de Médico y Partera. Los profesionales no mencionados específicamente en el Plan no se consideran Médicos para fines de este Plan.

Si bien la definición de Médico del Plan incluye a los dentistas autorizados, las consultas para atención dental de rutina no están cubiertas como Visita al Consultorio Médico; pero pueden estar cubiertas bajo la porción de Beneficios Dentales del Plan. Los servicios dentales

requeridos por una lesión accidental estarán cubiertos bajo la porción de Beneficios Médicos del Plan.

W. **Cónyuge** es el Cónyuge legalmente casado con el empleado según lo determinen la ley estatal correspondiente y las leyes tributarias federales, que no esté legalmente separado del Empleado.

X. **Trimestre de Trabajo** significa un período de tres meses calendario consecutivos comenzando el 1.^º de febrero, el 1.^º de mayo, el 1.^º de agosto o el 1.^º de noviembre.

II. ELEGIBILIDAD

Este Plan se ha establecido para los empleados representados por sindicatos locales afiliados al Laborers' International Union of North America (Sindicato Internacional de Trabajadores de Norteamérica).

A. REGLAS DE ELEGIBILIDAD INICIAL

Para adquirir la elegibilidad inicial para recibir los beneficios de la Clase I, deberá haber cumplido un mínimo de 357.5 horas de trabajo con un empleador contribuyente durante cualquier período de tres meses consecutivos ("Período renovable de tres meses"). La elegibilidad para la Clase I de beneficios comenzará el primer día del segundo mes posterior al mes en que se satisfaga este requisito de horas de trabajo con un Empleador contribuyente.

Para adquirir la elegibilidad inicial para recibir los beneficios de la Clase II, deberá haber cubierto un mínimo de 180 horas de trabajo con un empleador contribuyente durante cualquier período renovable de tres meses. La elegibilidad para la Clase II de beneficios comenzará el primer día del segundo mes posterior al mes en que se satisfaga este requisito de horas de trabajo con un Empleador contribuyente.

Por ejemplo, si trabajó 160 horas en enero y 152 horas en febrero (312 horas en total) y se hicieron aportaciones al Plan en su nombre, será elegible para recibir los beneficios de Clase II el 1.^º de abril. Si sigue trabajando y su empleador aporta más de 45 horas al Plan por su trabajo en marzo, será elegible para recibir los beneficios de Clase I el 1.^º de mayo. Una vez que un empleado cumpla con estos requisitos de elegibilidad inicial, por lo general la cobertura continuará hasta el final del trimestre de cobertura en que haya adquirido la elegibilidad inicial, siempre y cuando su empleo no haya terminado y su empleador no esté en mora del pago de las aportaciones al Plan. De ahí en adelante, entrarán en vigor las reglas de continuación de la elegibilidad (descritas en la Sección B más adelante) y el Período Retrospectivo (descrito en la Sección C más adelante).

Hay ciertas reglas especiales de elegibilidad inicial para los Empleados que trabajan para Empleadores recién sindicalizados (es decir, Empleadores cuyas obligaciones de contribución al Plan comenzaron recientemente). Consulte la Sección D de este Artículo II para ver los detalles y determinar si esta regla especial corresponde en su caso.

Los empleados no amparados por la Ley de Contrato de Servicio (lo que significa que usted no trabaja para un empleador sujeto a los términos de la Ley de Contrato de Servicio) a quienes se les exija pagar alguna porción de la tarifa de aportación por hora de esta cobertura pueden optar por no obtener la cobertura bajo ciertas condiciones. Tales Empleados tienen que completar a tiempo el Formulario correspondiente suministrado por la Oficina del Fondo. Todo Empleado que opte por no recibir la cobertura tendrá el derecho de adquirir (o volver a adquirir) cobertura del Fondo durante el Período de Inscripción Abierta anual correspondiente a su empleador.

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad bajo el Plan, comuníquese con el Administrador llamando al 1-800-638-8824.

B. TRIMESTRES DE TRABAJO Y TRIMESTRES DE COBERTURA (CÓMO MANTENER LA ELEGIBILIDAD)

El Plan divide el Año Calendario en Trimestres de Trabajo y Trimestres de Cobertura, como se ilustra a continuación:

Trimestre de Trabajo
Noviembre, diciembre, enero
Febrero, marzo, abril
Mayo, junio, julio
Agosto, septiembre, octubre

Trimestre de Cobertura
Abril, mayo, junio
Julio, agosto, septiembre
Octubre, noviembre, diciembre
Enero, febrero, marzo

Hay dos clases de elegibilidad. Cada una se basa en la cantidad de horas que trabaje por Trimestre de Trabajo y que su Empleador pague aportaciones en su nombre al Plan (consulte la Sección D más adelante para ver las reglas especiales de elegibilidad inicial). Las clases de elegibilidad son:

Clase I (357.5 horas o más por Trimestre de trabajo)	Clase II (180, pero menos de 357 horas por Trimestre de Trabajo)
Usted adquiere la elegibilidad para los beneficios de Clase I el primer día del siguiente trimestre de cobertura DESPUÉS de que haya cumplido con un mínimo de 357.5 horas de trabajo con un Empleador que aporte al Plan en un Trimestre de Trabajo.	Usted adquiere la elegibilidad para los beneficios de la Clase II el primer día del siguiente Trimestre de Cobertura DESPUÉS de que haya cumplido un mínimo de 180 horas de trabajo con un Empleador que aporta al Plan en un Trimestre de Trabajo.

En otras palabras, si trabajara por lo menos 357.5 horas en cualquier momento durante el trimestre de trabajo de agosto, septiembre y octubre, y su Empleador aportara al Plan, usted sería elegible para recibir beneficios de Clase I durante el trimestre de cobertura de enero, febrero y marzo. Si trabajara por lo menos 180 horas en cualquier momento durante el trimestre de trabajo de agosto, septiembre y octubre, y su empleador aportara al Plan, usted sería elegible para recibir beneficios de Clase II durante el trimestre de cobertura de enero, febrero y marzo.

C. REGLA DE PERÍODO RETROSPECTIVO

Una vez que haya adquirido la elegibilidad inicial bajo el Plan (según lo descrito anteriormente), si no trabaja suficientes horas durante un trimestre de trabajo para mantener su elegibilidad, puede seguir siendo elegible para los beneficios si trabaja una cantidad mínima de horas durante un período específico (el período retrospectivo) que concluye con el trimestre de trabajo en curso, siempre y cuando su Empleador haya hecho aportaciones al Plan según lo estipulado. La tabla a continuación ilustra la cantidad mínima de horas que deberá trabajar para seguir reuniendo los requisitos en su nivel de beneficios.

CANTIDAD MÍNIMA DE HORAS TRABAJADAS/CONTRIBUCIONES PARA LA REGLA RETROSPECTIVA			
Clase I	Clase II	Período retrospectivo	Trimestre de Cobertura
a 715 horas	a 360 horas	Dos Trimestres de trabajo	
		Agosto – enero	Abril, mayo, junio
		Noviembre – abril	Julio, agosto, septiembre
		Febrero – julio	Octubre, noviembre, diciembre
		Mayo – octubre	Enero, febrero, marzo

La Regla de período retrospectivo puede usarse solamente para continuar su elegibilidad mientras se encuentre empleado en un empleo cubierto. Esta regla no se puede usar para

comenzar o restablecer su elegibilidad, ni para retener la elegibilidad si su empleador está en mora del pago de las aportaciones al Plan. Si usted no recibía beneficios (es decir, no estaba cubierto por el Plan) durante el Trimestre de trabajo anterior, no podrá usarse la Regla de Período retrospectivo. Por ejemplo, es necesario haber recibido beneficios durante el trimestre de cobertura de enero, febrero y marzo para poder usar la regla de período retrospectivo para el trimestre de cobertura de abril, mayo y junio.

D. ELEGIBILIDAD INICIAL PARA EMPLEADOS DE EMPLEADORES RECIÉN SINDICALIZADOS (NOG, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (VIGENTE A PARTIR DEL 1.º DE SEPTIEMBRE DE 2011)

1. Un empleador recién sindicalizado es un empleador que ha firmado un convenio colectivo inicial que requiere la aportación por hora al Fondo en nombre de todos sus empleados que, en ese momento, trabajen en empleos del tipo cubierto por el Fondo. Habrá de proveerse inmediatamente al Fondo una copia del convenio colectivo firmado.
2. Se requiere que el empleador recién sindicalizado provea al Fondo una lista preliminar de todos los empleados cubiertos por el convenio el primer día del requisito de aportación por hora según el convenio colectivo.
3. El empleador comenzará a hacer aportaciones por hora al Fondo en nombre de todos los empleados por todas las horas pagadas a la tarifa establecida conforme al convenio colectivo correspondiente, la cual será no inferior a la tarifa de aportación "objetivo" establecida por los Síndicos para la cobertura del "Plan A". Se harán aportaciones por todas las horas de unidad de negociación pagadas en y a partir del primer día del convenio colectivo.
4. Todo empleado en cuyo nombre se hagan estas aportaciones, junto con sus dependientes según la definición del Fondo, adquiere la elegibilidad para beneficios médicos y de recetas solamente (es decir, no se incluyen los beneficios dentales, de la vista o de otra índole provistos por el Fondo) a partir de la fecha en que las aportaciones al Fondo sean requeridas según el subpárrafo (c) anterior, siempre y cuando toda la información necesaria sobre cada empleado elegible y dependiente elegible se haya suministrado al Fondo según lo estipulan los subpárrafos (a) y (b) anteriores. La adquisición de derechos a los beneficios comenzará el primer día del Convenio Colectivo (por ejemplo, la fecha en que el Empleador se obligó a hacer aportaciones por hora al Fondo), siempre y cuando el Empleado haya trabajado por lo menos 120 horas (para la cobertura de Clase I descrita anteriormente) o 60 horas (para la cobertura de Clase II descrita anteriormente) para el Empleador cubierto durante el mes inmediatamente anterior al primer día del Convenio Colectivo. El pago de las aportaciones vence el día 20 del mes siguiente por todas las horas pagadas a cada empleado cubierto por el Convenio Colectivo. Si el Fondo no recibe dichas aportaciones a más tardar el día 20, los Empleados no tendrán cobertura del Fondo. Ejemplo: Si un empleador firma un convenio colectivo el 1.º de mayo y un empleado trabajó 120 durante el mes de abril, el empleado será elegible para recibir beneficios médicos y de medicamentos con receta de Clase I a partir del 1.º de mayo. Sin embargo, si el empleador no efectúa las aportaciones correspondientes al Fondo a más tardar el 20 de junio, la cobertura del Fondo no entrará en vigor.
5. Los Empleados cubiertos conforme a este párrafo 4 tienen una elegibilidad inicial para beneficios del Fondo durante el primer mes del Convenio Colectivo, siempre y cuando se

reciban por lo menos 60 horas de aportación, según se describió en el inciso (d) anterior. Esa elegibilidad inicial se puede prolongar hasta por dos meses adicionales, siempre y cuando se sigan cumpliendo las reglas descritas en el inciso (d) durante cada uno de los meses siguientes. Si, por algún motivo, dejan de hacerse aportaciones en nombre de un empleado durante este período de tres meses, inclusive la terminación del empleo o el incumplimiento de pago por parte del empleador, el empleado y sus dependientes perderán inmediatamente su elegibilidad para beneficios según los términos de este párrafo 4. Si las aportaciones hechas en nombre de un empleado se reducen a menos de 120 horas durante cualquier mes de ese período de tres meses, el empleado y sus dependientes perderán su elegibilidad para beneficios médicos y de medicamentos con receta de Clase I al final de dicho mes. Si las aportaciones hechas en nombre de un empleado se reducen a menos de 60 horas durante cualquier mes de ese período de tres meses, el empleado y sus dependientes perderán su elegibilidad para beneficios médicos y de medicamentos con receta de Clase II al final de dicho mes. El empleado que pierda toda su elegibilidad para beneficios de conformidad con los términos de este párrafo 4 tendrá que cumplir las reglas de elegibilidad inicial del Fondo que se describen en este Resumen de la Descripción del Plan (SPD) a fin de recuperar su elegibilidad para los beneficios.

6. Al fin del período de tres meses, se determinará la continuación de la elegibilidad de estos empleados según las reglas de continuación de la elegibilidad del Fondo (cobertura completa de Clase I, cobertura completa de Clase II o pérdida de la cobertura con elegibilidad para Continuación la Cobertura de COBRA).
7. Los términos de este párrafo 4 se aplicarán únicamente a aquellas personas que eran empleados de un empleador contribuyente el primer día del nuevo convenio colectivo del empleador contribuyente con un sindicato local (por ejemplo, la fecha en que el empleador se obligó a efectuar aportaciones horarias al Fondo). Para todos los empleados contratados en el futuro por el empleador cubierto por el convenio colectivo, la elegibilidad para beneficios del Fondo se regirá por los términos de este Resumen de la Descripción del Plan, no por las disposiciones de este párrafo 4.

E. PAGOS POR CUENTA PROPIA PARA LOS PARTICIPANTES DE LA CLASE I

Si está trabajando con un Empleador contribuyente y ya ha reunido los requisitos para los beneficios de la Clase I pero está en peligro de perder dicha elegibilidad debido a que sus horas de trabajo acumuladas no llegan a las 357.5 horas de trabajo exigidas para el requisito de Trimestre de trabajo, los Fideicomisarios le permitirán mantener su elegibilidad efectuando pagos por cuenta propia al Fondo. El pago por cuenta propia para el Trimestre de trabajo debe ser igual a la tasa vigente de contribución por hora de su Empleador multiplicada por la diferencia entre el requisito de 357.5 horas por Trimestre de trabajo y la cantidad de horas de contribución que pagó el Empleador durante el Trimestre de trabajo. Los Empleados en esta situación deben comunicarse con el Administrador para determinar los requisitos de las cantidades de los pagos por cuenta propia y las fechas en que deberán efectuarse.

La Oficina del Fondo deberá recibir su pago a más tardar el último día del mes antes del comienzo del Trimestre de cobertura correspondiente después de haber finalizado el Trimestre de trabajo en que se trabajaron menos de las 357.5 horas exigidas. Los Empleados elegibles pueden hacer pagos por cuenta propia por un máximo de dos (2) Trimestres de cobertura consecutivos.

No se aceptarán pagos retrasados y en tal caso tampoco se aceptarán pagos posteriores por cuenta propia. Cuando se den por terminado los beneficios de la Clase I, no reunirá los requisitos para los beneficios de la Clase I otra vez hasta que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad definidos en la Sección A anterior. Usted será responsable de saber cuándo van a terminar sus beneficios de elegibilidad para la Clase I y de igual modo, de efectuar oportunamente los pagos por cuenta propia. Si decide no efectuar pagos por cuenta propia y deja de reunir los requisitos para los beneficios de la Clase I, usted y sus Dependientes retienen la opción de seleccionar COBRA para continuar con la cobertura.

F. CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA

Su cobertura terminará cuando ocurra lo primero de lo siguiente:

- el último día del trimestre de cobertura durante el cual usted ya no cumpla con las horas de empleo requeridas en el trimestre de trabajo correspondiente para calificar para el siguiente trimestre de cobertura;
- el último día del mes posterior al mes en que un Dependiente deje de cumplir con los requisitos de Dependiente del Plan;
- la fecha en que se suspenda el Plan.

Por ejemplo, si trabajó horas suficientes durante el trimestre de trabajo de agosto a octubre para recibir cobertura durante el trimestre de cobertura de enero a marzo, pero no trabajó horas suficientes durante el trimestre de trabajo de noviembre a enero (ni durante el período retrospectivo de agosto a enero), su cobertura terminará el último día de marzo.

Cuando termine la cobertura, se pagarán beneficios únicamente por los gastos en que incurrió antes de esa fecha. En el caso de cirugía médica y dental, se considera que se incurrió en el gasto en la fecha en que se practicó la cirugía, no en la fecha en que se realizaron exámenes, radiografías o se prestaron otros servicios de diagnóstico, ni en la fecha en que se recomendó o consideró necesaria la cirugía.

Nota: en el caso de aparatos dentales o la modificación de los mismos, así como dentaduras, coronas, puentes o restauración de incrustaciones regulares o con recubrimiento de la cúspide, el trabajo se considera que ha comenzando y por lo tanto el gasto se incurrió en la fecha del pedido del artículo. (Pedido quiere decir que los dientes se han preparado totalmente y se han tomado impresiones). El tratamiento de la raíz del diente se considera que ha comenzado cuando se abre el diente.

De conformidad con los requisitos de la ley PPACA, el Fondo no cancelará la cobertura retroactivamente excepto si las aportaciones no se pagan a tiempo, o en casos de fraude o falsificación intencional de un hecho material.

G. INSCRIPCIÓN

Deberá inscribirse en la cobertura presentando un formulario de inscripción debidamente lleno que puede obtener de la Oficina del Fondo. Si desea cobertura de Dependientes, debe inscribir a sus Dependientes elegibles a la misma vez. Es importante que escriba los nombres, las fechas de nacimiento y los números de seguro social de todos sus Dependientes elegibles. También debe presentar una copia de su acta de matrimonio para inscribir a su cónyuge, y el acta de nacimiento y los demás documentos legales necesarios, cuando corresponda, para inscribir a sus hijos dependientes.

El formulario de inscripción es muy importante ya que se usa para determinar la elegibilidad de sus Dependientes así como para designar específicamente al beneficiario que recibirá el valor de su seguro de vida si usted falleciera.

H. COBERTURA DE SUS DEPENDIENTES

Por lo general, sus hijos Dependientes son elegibles para recibir los beneficios correspondientes si usted es elegible para recibir dichos beneficios bajo el Plan. Si pierde su elegibilidad, sus Dependientes también perderán su cobertura. Sus Dependientes elegibles son:

- su cónyuge;
- sus hijos, incluidos hijastros, hijos adoptados legalmente o hijos colocados con usted en espera de adopción, menores de 26 años de edad. Un hijo no puede ser también el "hijo calificado" de otra persona, excepto del otro parente en caso de divorcio o separación (consulte la regla especial a continuación). El término "hijo calificado" se define en el Código de Impuestos Internos § 152(c).

Se aplicará una regla especial en casos de divorcio o separación. Si no proporciona más de la mitad del mantenimiento de su hijo, dicho hijo reunirá los requisitos como Dependiente elegible siempre y cuando:

- Usted y el otro parente del hijo:
 - se hayan divorciado o separado legalmente según las estipulaciones de un decreto de divorcio o de mantenimiento separado;
 - se hayan separado según las estipulaciones de un acuerdo de separación, o
 - hayan vivido separados en todo momento durante los últimos seis meses del Año Calendario;
- usted y el otro parente del hijo proveen más de la mitad del mantenimiento del hijo;
- el hijo se encuentra bajo la custodia de uno o ambos padres durante más de la mitad del año, y
- el hijo cumple con todos los demás criterios de elegibilidad exigidos.

En caso que usted y su cónyuge se divorcien, un hijastro previamente reconocido de un Participante ya no se considerará hijastro y su cobertura terminará, a menos que una orden judicial QMCSO lo requiera.

El Fondo se reserva el derecho a solicitar los documentos de elegibilidad del dependiente en cualquier momento. Estos documentos son, entre otros, actas de matrimonio, actas de nacimiento, actas de divorcio o formularios de impuestos. Se le podría exigir también certificar que su(s) dependiente(s) cumple(n) con la definición de Dependiente del Fondo. El Fondo tiene el derecho a basarse en esta certificación a menos que tenga motivo para creer que la certificación es incorrecta. También deberá notificarle al Fondo si por algún motivo cree que un dependiente no tiene derecho a recibir cobertura médica exenta de impuestos.

I. CAMBIOS EN LA COBERTURA

1. Dependientes nuevos

Si está inscrito para la cobertura individual y adquiere un Cónyuge por matrimonio, o hijos Dependientes por nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribir

al Cónyuge o a los hijos Dependientes recién adquiridos dentro de un plazo de 60 días de la fecha del matrimonio, adopción o colocación para adopción.

- la cobertura de su Cónyuge entrará en vigor a partir de la fecha de matrimonio;
- la cobertura del hijo Dependiente entrará en vigor en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción;

2. Inscripción tardía de dependientes nuevos

Si no inscribe a su Cónyuge o hijos Dependientes en la cobertura dentro de un plazo de 60 días de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, dicha cobertura entrará en vigor el primer día del mes posterior a la inscripción.

Si su hijo Dependiente se vuelve elegible para la cobertura como Empleado, ese hijo dejará de ser hijo Dependiente y puede inscribirse en la cobertura como Empleado, en cuyo caso se dará por terminada la cobertura como hijo Dependiente en la fecha en que comience la cobertura como Empleado.

J. ÓRDENES CALIFICADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HIJOS (QMCSO)

Si un tribunal u organismo estatal administrativo ha emitido una orden referente a la cobertura de atención médica para sus hijos Dependientes, el Administrador o su designado determinará si la orden del tribunal o del organismo estatal administrativo es una Orden Calificada para la Atención Médica de Hijos (QMCSO), según lo define la ley federal. El Plan notificará a los padres de cada hijo la determinación y les informará los procedimientos del Plan que deberán seguirse para proveer cobertura a los hijos Dependientes. Sin embargo, no se proveerá cobertura a ningún hijo dependiente de conformidad con una QMCSO a menos que se hayan cumplido con todos los requisitos de cobertura del Plan para ese hijo Dependiente. Si tiene alguna pregunta sobre las QMCSO o desea una copia gratuita de los procedimientos del Plan para estas órdenes, comuníquese con la Oficina del Fondo.

K. AUSENCIA CON PERMISO POR MOTIVOS FAMILIARES O MÉDICOS

Ciertas circunstancias especiales pueden otorgarle el derecho de continuar su elegibilidad para la cobertura del Plan cuando se ausenta del trabajo con permiso por motivos de familia o médicos. **Para ser elegible para continuar la cobertura según lo señalado más adelante, su empleador debe otorgarle debidamente el permiso para ausentarse además de notificar y efectuar el pago exigido al Fondo. Comuníquese con su Empleador para determinar si es elegible.** Las reglas generales se señalan a continuación:

La Ley de Ausencia del Trabajo por Motivos Familiares y Médicos (FMLA) le permite ausentarse del trabajo por un máximo de 12 semanas sin goce de sueldo durante cualquier período de 12 meses por cualquiera de los siguientes motivos:

- el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño para su adopción;
- para cuidar de su Cónyuge, hijo o parente gravemente enfermo, o
- debido a que usted padece una Enfermedad grave.

Además, conforme a la ley FMLA, podría ausentarse del trabajo por un máximo de 26 semanas sin goce de sueldo durante cualquier período de 12 meses para cuidar de un miembro de los servicios militares. El miembro de los servicios militares debe:

- ser su cónyuge, hijo, hija, parente, madre o pariente cercano;
- estar bajo tratamiento médico, en recuperación o terapia por una enfermedad o lesión grave sufrida en el desempeño de sus deberes mientras estaba en el servicio militar; y
- ser paciente externo, o figurar en la lista de jubilados por discapacidad temporal de los servicios armados.

Durante su ausencia, puede seguir recibiendo toda la cobertura médica y los demás beneficios que se ofrecen a través del Fondo. En términos generales, una persona reúne los requisitos de ausencia conforme a la FMLA si:

- trabajó para un Empleador durante al menos 12 meses;
- trabajó por lo menos 1,250 horas en un Empleo cubierto durante los 12 meses anteriores;
- trabajó en un lugar con un Empleador que emplea a por lo menos 50 empleados dentro de un radio de 75 millas.

El Fondo mantendrá su clasificación de elegibilidad hasta el final de la ausencia con permiso siempre y cuando el Empleador otorgue debidamente dicha ausencia en virtud de la FMLA y otorgue la debida notificación y realice el pago exigido al Fondo. Comuníquese con su Empleador para determinar si es elegible para una ausencia conforme a la FMLA.

L. AUSENCIA CON PERMISO PARA EL SERVICIO MILITAR

Ciertas circunstancias especiales pueden otorgarle el derecho a continuar su elegibilidad para la cobertura del Plan cuando se ausenta del trabajo para prestar servicio en los servicios uniformados de los Estados Unidos. **Tenga en cuenta que para reunir los requisitos para continuar con la cobertura según lo señalado más adelante, su Empleador deberá otorgarle debidamente la ausencia además de notificar y efectuar el pago exigido al Fondo. Comuníquese con su Empleador para determinar si es elegible.** Las reglas generales se señalan a continuación:

Si presta servicio militar activo durante un período de 31 días o menos, seguirá recibiendo cobertura de atención médica durante un máximo de 31 días, de conformidad con la Ley de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA).

Si presta servicio militar activo durante más de 31 días, USERRA le permite seguir recibiendo cobertura médica, dental, de la vista y de medicamentos con receta para usted y sus Dependientes durante un máximo de 24 meses siempre y cuando pague por cuenta propia dicha cobertura. Este derecho de continuación de la cobertura funciona de la misma manera que COBRA. Consulte la página 12 del Documento del Plan y el Resumen de la Descripción del Plan (según Enmendados y Replanteados con vigencia del 1 de junio de 2012) para obtener una explicación detallada de las disposiciones de cobertura de COBRA. Además, sus Dependientes pueden reunir los requisitos de la cobertura de atención médica conforme a TRICARE, el sistema militar de atención médica. Este Plan coordinará la cobertura con TRICARE.

No se ofrecerá cobertura para ninguna enfermedad o lesión si la Secretaría de Asuntos de Veteranos determina que dicha enfermedad o lesión ocurrió o empeoró durante el cumplimiento del servicio en los servicios uniformados. Los Servicios Uniformados y el Departamento de Asuntos de Veteranos proveerán atención médica para las discapacidades asociadas con el servicio.

Cuando le den de baja del servicio en los Servicios Uniformados (con no menos de un licenciamiento honroso), se restablecerá toda su elegibilidad el día que regrese al Empleo cubierto, siempre y cuando regrese a trabajar:

- dentro de un plazo de 90 días de la fecha del licenciamiento si el período de servicio duró más de 180 días, o
- dentro de un plazo de 14 días de la fecha del licenciamiento si el período de servicio duró por lo menos 31 días, pero menos de 180 días, o
- al comienzo del primer período de trabajo programado regularmente el primer día civil después del licenciamiento (más el tiempo de viaje y un plazo adicional de ocho horas) si el período de servicio duró menos de 31 días.

Si estuviera hospitalizado o convaleciendo debido a una lesión causada por el servicio activo, estos límites de plazos se prolongarán hasta un máximo de dos años.

Si tiene alguna pregunta sobre las ausencias con permiso, hable directamente con el Empleador. Si tiene preguntas sobre cómo una ausencia con permiso afectará su cobertura, comuníquese con la Oficina del Fondo. Los derechos de USERRA están sujetos a cambios. La cobertura se ofrecerá solamente según lo exigido por ley. Si cambia la ley, sus derechos cambiarán según corresponda.

M. CERTIFICACIÓN DE LA COBERTURA

Si usted o sus Dependientes pierden la cobertura de este Plan por cualquier motivo, la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) requiere que el Plan le proporcione un certificado en el que figure su período de cobertura. Puede también solicitar un certificado de la cobertura al Administrador en cualquier momento dentro de un plazo de 24 meses de la fecha de cancelación de la cobertura.

Este certificado deberá presentarlo cuando procure cobertura en otro plan de seguro colectivo con una limitación de enfermedad preexistente. Si el nuevo plan impone un período de espera para enfermedades preexistentes, dicho período puede reducirse por su período de cobertura con este Plan si cumple con otros requisitos específicos. El nuevo plan le informará de todos los requisitos que debe cumplir.

III. CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

A. CUÁNDO PODRÍA TENER DERECHO A OBTENER CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

Bajo una ley federal llamada Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985, usted y sus Dependientes elegibles podrían continuar con la cobertura médica temporalmente, por cuenta propia, cuando la cobertura de otra manera terminaría debido a un “Suceso Calificador”. Bajo la ley, solamente los “Beneficiarios Calificados” tienen derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA. Dependiendo del tipo de Suceso Calificador, un Beneficiario Calificado pueden incluir a un Empleado, su Cónyuge y sus hijos Dependientes que estén cubiertos por el Plan cuando ocurra el Suceso Calificador.

Si elige la continuación de cobertura COBRA, usted y sus Dependientes podrían continuar con la misma cobertura médica, dental, de la vista y de medicamentos con receta que tenían antes del Suceso Calificador. COBRA no cubre los beneficios semanales por accidentes y las enfermedades, muerte y desmembramiento accidental ni de seguro de vida.

B. ¿QUÉ ES UN SUCESO CALIFICADOR?

Para tener derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA, usted y sus Dependientes deben perder la cobertura debido a uno de los siguientes Sucesos Calificadores:

Suceso Calificador	¿Quién puede comprar cobertura de continuación?	¿Por cuánto tiempo?
La terminación de la relación laboral voluntaria o involuntaria de su empleo (que no sea por mala conducta) o la pérdida de la elegibilidad debido a una reducción de las horas de trabajo	Empleado y dependientes	18 meses
Usted o su Dependiente quedan discapacitados (según lo determine la Ley del Seguro Social) en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura COBRA y la discapacidad dura hasta el final del período de continuación de cobertura COBRA de 18 meses	Empleado y dependientes	29 meses
Usted fallece	Dependientes	36 meses
Se separa o divorcia legalmente de su Cónyuge	Dependientes	36 meses
Su hijo ya no se considera Dependiente según la definición de este Plan (por ejemplo, llega a la edad límite o se casa)	Hijos Dependientes	36 meses

C. ¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los Beneficiarios Calificados solamente después de que el Administrador del Fondo haya sido notificado o pueda determinar en sus propios registros que ha ocurrido un Suceso Calificador. El Administrador del Fondo determinará si pierde la cobertura por despido del empleo, la reducción de sus horas de trabajo o su fallecimiento. *Sin embargo, usted o su familia también deben notificar al Administrador del Fondo si ocurre dicho Suceso Calificador para evitar confusión acerca de las condiciones de su cobertura del Plan en el caso de que ocurra una demora o un descuido para proporcionar ese aviso.*

D. USTED DEBE DAR AVISO DE ALGUNOS SUCESOS CALIFICADORES

Para todos los demás Sucesos Calificadores (el divorcio o la separación legal de su Cónyuge, o si su hijo Dependiente pierde la condición de Dependiente según el Plan), usted (o su Dependiente) debe notificar al Administrador del Fondo antes de que transcurran sesenta (60) días después de que ocurra el Suceso Calificador. El aviso de que ocurrió alguno de estos sucesos debe proporcionársele por escrito al Administrador del Fondo.

Además de los Sucesos Calificadores que se indican anteriormente, existen otras dos situaciones en las que usted es responsable de notificar al Administrador del Fondo:

- Cuando la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) determina que un Beneficiario Calificado está discapacitado durante un período de continuación de cobertura COBRA o cuando la SSA determine que el Beneficiario Calificado ya no esté discapacitado. Vea la sección titulada “COBRA para Participantes Discapacitados” que se encuentra más adelante.
- Cuando un Beneficiario Calificado adquiera el derecho a participar (por ejemplo, al inscribirse) en Medicare durante un período de continuación de cobertura COBRA. Debe notificar al Administrador del Fondo antes de que transcurran 30 días. El Fondo se reserva el derecho a cancelar retroactivamente la continuación de cobertura COBRA y exigirá el reembolso de todos los beneficios pagados después de la fecha en que se adquiera el derecho a participar en Medicare.

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo proporcionar el aviso por escrito de un Suceso Calificador u otro suceso, comuníquese con el Administrador del Fondo. **No proporcionar un aviso de la manera y el tiempo descritos podría impedir que usted y/o sus Dependientes obtengan o extiendan la continuación de cobertura COBRA.**

E. ¿CÓMO SE PROPORCIONA LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?

Una vez que el Administrador del Fondo determine o reciba el aviso de que ha ocurrido un Suceso Calificador, este le proporcionará a usted y/o sus Dependientes el aviso de la fecha en la cual terminará su cobertura bajo el Plan, y la información y el formulario de elección que necesitará para poder elegir la continuación de cobertura COBRA. Bajo la ley, usted y sus Dependientes tendrán solamente **60 días** a partir de esta fecha en la que comúnmente hubiera perdido la cobertura debido al Suceso Calificador descrito anteriormente, o de la fecha en la que usted o sus Dependientes hayan recibido el aviso, para solicitar la continuación de cobertura COBRA.

SI USTED O SUS DEPENDIENTES NO ELIGEN LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA DURANTE LOS SIGUIENTES SESENTA (60) DÍAS DESPUÉS DE QUE OCURRA

EL SUCESO CALIFICADOR (O, SI ES DESPUÉS, ANTES DE QUE TRANSCURRAN **60 DÍAS DESPUÉS DE RECIBIR ESE AVISO), USTED Y/O ELLOS PERDERÁN EL DERECHO A ELEGIR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA.**

Cada Beneficiario Calificado tiene el derecho individual (separado) de elegir la continuación de cobertura COBRA. Algunos miembros de la familia pueden elegir dicha continuación de cobertura y otros no. Además, uno o más de los Dependientes pueden elegir COBRA incluso si el Empleado no lo hace. Sin embargo, para poder elegir COBRA, los miembros de la familia deben haber estado en el plan en la fecha del Suceso Calificador o volverse Dependientes elegibles mediante matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción durante el período de continuación de cobertura COBRA. Un Empleado puede elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de su Cónyuge y el padre puede elegirla o rechazarla en nombre de un hijo Dependiente que viva con él.

Cuando considere elegir la continuación de cobertura COBRA, debe tomar en cuenta que no continuar la cobertura del Plan afectará sus derechos futuros bajo la ley federal. Primero, puede perder el derecho a evitar las exclusiones de los padecimientos preexistentes que otros planes colectivos de salud le aplican si tiene un lapso de más de 63 días en la cobertura, y la elección de la continuación de cobertura COBRA puede ayudarle a no tener ese lapso. Segundo, perderá el derecho garantizado a comprar pólizas de seguro que no imponen dichas exclusiones en padecimientos preexistentes si no obtiene la continuación de cobertura por el máximo de tiempo que tenga disponible. Por último, debe tomar en cuenta que tiene derechos especiales de inscripción bajo la ley federal. Tiene el derecho de solicitar la inscripción especial en otro plan colectivo de salud al cual califique de otra manera (como un plan patrocinado por la Empresa de su Cónyuge) en los siguientes 30 días después de que termine la cobertura de su Plan debido al Suceso Calificador mencionado anteriormente. También tendrá el mismo derecho especial de inscripción al final de la cobertura COBRA si obtiene esta cobertura durante el máximo de tiempo disponible.

F. PAGO PARA COBRA

Usted es responsable del costo total de la continuación de cobertura COBRA y puede pagarla mensualmente. Cuando usted y/o sus Dependientes adquieren el derecho a participar en esta cobertura, el Administrador del Fondo le notificará las cantidades de las primas de COBRA que debe pagar. Las personas que continúen con la cobertura completa bajo COBRA pagarán el 102% del costo del Plan, excepto en el caso de discapacidad de Seguro Social. (Vea la sección titulada “COBRA para Participantes Discapacitados” más adelante.)

Si elige la continuación de cobertura COBRA, no tiene que enviar ningún pago con el Formulario de Elección. Sin embargo, el primer pago de COBRA debe enviarse al Administrador del Fondo a más tardar **45 días** después de la fecha en la que elija la continuación de cobertura COBRA. (Esta es la fecha del matasellos del Formulario de Elección, si se envía por correo.) Si no realiza el primer pago de COBRA por la cantidad completa dentro del plazo señalado, perderá todos los derechos de continuación de cobertura COBRA bajo el Plan.

Los pagos de los siguientes meses tienen que hacerse el primer día del mes en el que se proporcionó la cobertura. No se le enviarán facturas los meses siguientes. *No se le enviará otro aviso a usted ni a sus Beneficiarios Calificados en relación con los pagos de la continuación de cobertura COBRA.*

G. PERÍODO DE GRACIA PARA LOS PAGOS

Aunque los pagos tienen que realizarse el día primero del mes, se le dará un período de gracia de **30 días** después del primer día de cobertura para hacer cada pago. Su continuación de cobertura COBRA se proveerá para cada período de cobertura siempre que se haga el pago para ese período de cobertura antes del final del período de gracia de tal pago. Si no realiza el pago antes del final del período de gracia de ese período de cobertura, perderá todos los derechos a participar en la continuación de cobertura COBRA bajo el Plan.

H. PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA

El máximo período de tiempo de la continuación de cobertura COBRA depende del Suceso Calificador que haya causado la cancelación de la cobertura. Consulte la sección “¿Qué es un Suceso Calificador?” anterior para determinar cuánto durará la cobertura. El período de continuación de cobertura COBRA no durará más de 36 meses bajo ninguna circunstancia.

I. COBRA PARA PARTICIPANTES DISCAPACITADOS

Si durante un período de continuación de cobertura COBRA de 18 meses la Administración del Seguro Social determina que usted (o el miembro de su familia que es elegible a dicha cobertura) quedó discapacitado en algún momento antes del 60.^o día de la continuación de cobertura COBRA, la persona discapacitada y cualquier beneficiario calificado que haya elegido la cobertura podrá recibir hasta 11 meses adicionales de dicha continuación de cobertura por un total máximo de 29 meses. **Debe notificar al Administrador del Fondo sobre la determinación de su discapacidad antes de que transcurran 60 días de la fecha de dicha determinación y antes del final del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA.** El aviso de la discapacidad debe hacerse por escrito. Si se extiende el período de la continuación de cobertura COBRA debido a la determinación de discapacidad de la SSA, las primas de COBRA por cualquier período de cobertura que sea para la persona discapacitada (tanto si es cobertura individual como familiar) podría ser hasta del 150% de lo que cuesta el Plan por los 11 meses de cobertura adicional.

Este período extendido de continuación de cobertura COBRA terminará cuando ocurra la primera de las siguientes situaciones:

- El último día del mes, 30 días después de que el Seguro Social determine que usted y/o sus Dependientes ya no están discapacitados;
- El final de los 29 meses de la continuación de cobertura COBRA; o
- La fecha en que la persona discapacitada adquiera el derecho a participar en Medicare.

Debe notificar al Administrador del Fondo antes de que transcurran **30 días** de la determinación final del Seguro Social de que ya no está discapacitado.

J. MÚLTIPLES SUCESOS CALIFICADORES MIENTRAS TIENE LA COBERTURA COBRA

Si durante un período de continuación de cobertura COBRA de 18 meses causado por la pérdida de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de horas, su fallecimiento, divorcio o separación legal, o si un hijo Dependiente cubierto deja de calificar como Dependiente bajo el Plan, el período máximo de continuación de cobertura COBRA para el Cónyuge e hijo afectado se extenderá a 36 meses a partir de la fecha de la terminación del empleo o la reducción de las horas.

Ejemplo: Suponga que pierde su trabajo (el primer Suceso Calificador de COBRA) y se inscribe usted y a sus Dependientes en la continuación de cobertura COBRA. Tres meses después de que comience la continuación de cobertura, su hijo cumple 19 años y deja de calificar como Dependiente elegible. Su hijo puede seguir con la continuación de cobertura COBRA durante 33 meses adicionales, por un total de 36 meses en la continuación de cobertura COBRA.

Bajo ninguna circunstancia tendrá usted (el Empleado) derecho a participar en la continuación de cobertura COBRA durante más de 18 meses en total si el empleo termina o tiene una reducción de horas (a menos que tenga derecho a una continuación de cobertura COBRA adicional a causa de una discapacidad). Por lo tanto, si le reducen las horas y después termina la relación laboral, la terminación del trabajo no se tratará como un segundo Suceso Calificador y la continuación de la cobertura COBRA no podrá extenderse más de 18 meses a partir de la pérdida de la cobertura debido al primer Suceso Calificador. Debe notificar por escrito al Administrador del Fondo sobre el segundo Suceso Calificador.

K. TERMINACIÓN O REDUCCIÓN DE HORAS DESPUÉS DE CALIFICAR PARA PARTICIPAR EN MEDICARE

Si adquiere derecho a participar en Medicare y continúa activo en el trabajo, y más adelante termina la relación laboral o le reducen las horas, sus Dependientes que sean beneficiarios calificados tendrán derecho a participar en la continuación de cobertura COBRA durante un período de: (a) 18 meses (29 meses si se aplica la extensión de discapacidad del Seguro Social de 11 meses) a partir de la terminación de la relación laboral o la reducción de horas; o (b) 36 meses a partir de la fecha en la que adquirió el derecho a participar en Medicare, lo que sea más largo.

L. DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si mientras está inscrito en la continuación de cobertura COBRA se casa, tiene un bebé, adopta un hijo o le colocan a un hijo para adoptarlo, puede inscribir al Dependiente en la cobertura durante el resto del período de la continuación de cobertura de COBRA si lo hace antes de que transcurran **30 días** después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción. El aviso al Administrador del Fondo tiene que realizarse por escrito.

Cualquier Beneficiario Calificado puede añadir a un nuevo Cónyuge o hijo a su continuación de cobertura COBRA. Sin embargo, los únicos miembros nuevos de la familia que tienen el derecho de un Beneficiario Calificado, como el derecho a extender el período de continuación de la cobertura COBRA en ciertas circunstancias, son los hijos nacidos, adoptados o colocados para adopción del Empleado. Una persona que se convierta en su cónyuge durante un período de continuación de cobertura de COBRA no tendrá derechos como Beneficiario Calificado.

Si mientras se encuentra inscrito en la continuación de cobertura COBRA, uno de sus Dependientes pierde la cobertura bajo otro plan colectivo de salud, usted podrá inscribirlo en la cobertura durante el resto del período de la continuación de cobertura COBRA si lo hace antes de que transcurran **30 días** de la terminación de la otra cobertura. El aviso al Administrador del Fondo tiene que realizarse por escrito.

A fin de ser elegible para este derecho especial de inscripción, el Dependiente debe haber sido elegible para recibir la cobertura bajo los términos del Plan y, cuando se le ofreció previamente la inscripción bajo el plan y la rehusó, el Dependiente tiene que haber estado cubierto bajo otro plan colectivo de salud o debe haber tenido la cobertura de otro seguro médico. La pérdida de la

cobertura debe deberse a la pérdida de la elegibilidad bajo otro plan, incluyendo entre otros, la terminación del empleo, la terminación de las contribuciones de la Empresa o la terminación de la continuación de cobertura COBRA bajo otro plan. La pérdida de la elegibilidad no incluye la pérdida de la cobertura debido a que la persona o el participante no pagaron las primas de manera oportuna o la terminación del empleo por una causa.

Añadir a un Dependiente podría causar un aumento en la cantidad que debe pagar por la continuación de cobertura COBRA.

M. AVISO DE LA FALTA DE DISPONIBILIDAD DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

En el caso de que el Administrador del Fondo reciba la notificación de un Suceso Calificador, pero se determine que la persona no tiene derecho a la continuación de cobertura COBRA solicitada, se le enviará una explicación a la persona que indique por qué dicha continuación de cobertura no está disponible. Este aviso de falta de disponibilidad se enviará al mismo tiempo que los avisos de selección de COBRA.

N. TERMINACIÓN TEMPRANA DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

La continuación de cobertura COBRA terminará el último día del período máximo de cobertura a menos que termine antes de tiempo por alguna de las siguientes razones:

- No se realicen a tiempo todos los pagos requeridos;
- La persona que recibe la cobertura empieza a recibir cobertura mediante otro plan médico colectivo que no contiene ninguna exclusión ni limitación legal correspondiente con respecto a condiciones preexistentes que pueda tener la persona cubierta;
- La persona que recibe la cobertura adquiere el derecho a recibir Medicare;
- Si bajo la extensión de discapacidad de COBRA, usted o sus Dependientes dejan de estar discapacitados;
- Se cancela el Plan, o de otra manera no ofrece la cobertura médica grupal; o
- La Empresa que lo empleó antes del Suceso Calificador deja de hacer contribuciones al Fondo, pero pone la cobertura médica de plan colectivo disponible a través de otro plan médico. Debe comunicarse con su Empleador anterior para determinar si asumirá la continuación de cobertura COBRA suya.

La continuación de cobertura COBRA también puede cancelarse por cualquier razón por la que el Plan cancelaría la cobertura de un Participante o Dependiente que no reciba continuación de cobertura (como fraude). Una vez que se cancela la cobertura COBRA, no puede restablecerse. Usted y sus Dependientes elegibles solamente pueden estar cubiertos bajo el Plan nuevamente si usted regresa a trabajar en un Empleo Cubierto y cumple con los requisitos de elegibilidad.

El Fondo se reserva el derecho a cancelar retroactivamente la cobertura COBRA y exigirá el reembolso de todos los beneficios pagados después de la fecha en que un beneficiario calificado (i) adquiera el derecho a Medicare; (ii) reciba la determinación del Seguro Social de que ya no está discapacitado; o (iii) reciba cobertura bajo otro plan médico colectivo que no contenga ninguna exclusión o limitación en condiciones preexistentes, si no se notifican estos sucesos a la Oficina del Fondo.

O. AVISO DE TERMINACIÓN TEMPRANA DE COBRA

El Administrador del Fondo notificará al Beneficiario Calificado si la continuación de cobertura

COBRA termina antes del final del período máximo de cobertura correspondiente al Suceso Calificado que le otorgó derecho a la persona a participar en dicha cobertura. Este aviso por escrito explicará la razón por la cual se canceló COBRA antes del período máximo y la fecha en la que terminará. Se enviará el aviso tan pronto como sea posible cuando el Administrador del Fondo determine que se cancelará temprano la cobertura.

P. CONFIRMACIÓN DE COBRA A LOS PROVEEDORES

Bajo ciertas circunstancias, las reglas federales exigen al Fondo que informe a sus proveedores de atención médica si ha elegido y/o pagado la continuación de cobertura COBRA. Esta regla solamente se aplica a ciertas circunstancias en donde el proveedor solicita la confirmación de la cobertura y usted es elegible, pero no elige, la continuación de cobertura COBRA, o la ha elegido pero todavía no la ha pagado. En estas circunstancias, se les informará a los proveedores de la situación de su elección y/o el pago, y se les avisará que no se pagarán reclamaciones hasta que se reciban las cantidades adeudadas. También se les informará que la continuación de cobertura COBRA terminará en la fecha en la que no se reciba el pago por la cantidad pendiente al final del período de gracia.

Q. SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con los derechos del Plan o de la continuación de cobertura COBRA deben dirigirse al Administrador del Fondo que se identifica a continuación. Para obtener más información acerca de sus derechos bajo ERISA, incluyendo COBRA, la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes médicos colectivos, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Trabajadores (EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos de su localidad o viste el sitio Web de EBSA: www.dol.gov/ebsa. Las direcciones y los teléfonos de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA.

R. MANTENGA AL PLAN INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para poder proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Fondo de todos los cambios de domicilio de los miembros de la familia presentando dichos cambios por escrito al Administrador. También debe conservar una copia de todos los avisos que envíe al Administrador del Fondo para sus archivos.

S. INFORMACIÓN PARA COMUNICARSE CON EL PLAN

Man-U Service Contract Health and Welfare Trust Fund
ATN: Fund Administrator
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500
(800) 638-8824

IV. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Los beneficios del Plan se resumen a continuación. Para obtener una descripción más detallada de los beneficios médicos, consulte el Artículo V, de la Cobertura de Gastos Médicos, comenzando en la página 34. Consulte también las secciones de exclusiones de este documento para obtener información importante sobre las exclusiones y las limitaciones de esos beneficios del Plan.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DISPONIBLES POR PLAN:

PLAN	MÉDICOS	DENTALES	RECETAS	VISTA	A y F	VIDA
Plan A Clase I	✓ SECC. 1 (A)	✓ SECC. 1 (B)	✓ SECC. 1 (C)	✓ SECC. 1 (D)	✓ SECC. 1 (E)	✓ SECC. 1 (F)
Plan A Clase II	✓ SECC. 2 (A)	✓ SECC. 2 (B)	✓ SECC. 2 (C)	✓ SECC. 2 (D)	✓ SECC. 2 (E)	✓ SECC. 2 (F)
Caring Heart Empleados a tiempo parcial	N/A	✓ SECC. 4 (B)	✓ SECC. 4 (C)	✓ SECC. 4 (D)	✓ SECC. 4 (E)	N/A

SECCIÓN 1.: PLAN A, CLASE 1

A. BENEFICIOS MÉDICOS

Descripción	Beneficio (Empleados)		Beneficio (Dependientes)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual (por persona)	\$100	\$100	\$100	\$100
Beneficio anual máximo	Sin límite		Sin límite	
Habitación y comida en el hospital	85% Hasta \$600/día	60% Hasta \$600/día	85% Hasta \$600/día	60% Hasta \$600/día
Otros gastos de hospital	85%	60%	85%	60%
Gastos quirúrgicos	85%	60%	85%	60%
Gastos de sala de emergencias	85% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	60% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	85% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	60% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan

Descripción	Beneficio (Empleados)		Beneficio (Dependientes)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Gastos de ambulancia	85% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	60% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	85% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	60% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan
Gastos de laboratorio y radiología	85%	60%	85%	60%
Visitas al consultorio médico (hasta un máximo de 25 visitas)	85%	60%	85%	60%
Trasplantes de órganos	85%	No está cubierto	85%	No está cubierto
Equipo médico duradero	85%	60%	85%	60%
Equipo protésico externo	85%	60%	85%	60%
Terapia física (hasta un máximo de 6 visitas)	85%	60%	85%	60%
Tratamiento de acupuntura	85%	60%	85%	60%
Servicios preventivos y de bienestar (Los \$200 iniciales para empleados y los \$150 iniciales para dependientes, no sujetos al deducible anual)	100% hasta \$200, luego 85% después del deducible anual	100% hasta \$200, luego 60% después del deducible anual	100% hasta \$150, luego 85% después del deducible anual	100% hasta \$150, luego 60% después del deducible anual
Inmunizaciones para bebés sanos (Durante los primeros 2 años de vida, por encima del beneficio anual de Bienestar y Servicios Preventivos)	n/a	n/a	100%	n/a
Alcoholismo y Abuso de sustancias (como paciente hospitalizado) (No está sujeto al deducible anual)	85%	60%	85%	60%
Alcoholismo y Abuso de sustancias (como paciente externo) (hasta un máximo de 25 visitas) (No está sujeto al deducible anual)	85%	60%	85%	60%
Servicios de diálisis renal a domicilio para participantes diagnosticados con insuficiencia renal terminal.	85%	60%	85%	60%

B. BENEFICIOS DENTALES

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)
Beneficio máximo por año Calendario (Servicios de Atención preventiva, básicos y mayores)	\$2,000 por persona. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo por año calendario.
Atención preventiva	100% de los Gastos cubiertos (2 exámenes al año por persona; 4 exámenes por año cuando se determine que es Médicamente Necesaria).
Servicios básicos	85% del Cargo Razonable por empastes (amalgamas), extracciones, radiografías, cirugía bucal, anestesia, periodoncia, odontología de restauración y mantenedores de espacio.
Servicios mayores	85% del Cargo Razonable por coronas, puentes y dentaduras.
Servicios de ortodoncia	50% de los Gastos Cubiertos, hasta un beneficio máximo de por vida de \$2,000 por persona. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo vitalicio.

C. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)
Medicamentos con Receta (incluyendo suministros para diabéticos) - Farmacia Participante	Copago de \$10 por medicamentos con receta genéricos y medicamentos con receta sin equivalente genérico; Copago de \$10 y diferencia de precio por medicamentos no genéricos. Los medicamentos con receta deben comprarse en las farmacias CVS/Caremark participantes. Se limita a un suministro de hasta 30 días.
Medicamentos con Receta (incluyendo suministros para diabéticos) - Farmacia CVS o de Pedido por Correo	Copago de \$20 por medicamentos con receta genéricos y medicamentos con receta sin equivalente genérico; Copago de \$20 y diferencia de precio por medicamentos no genéricos. Los medicamentos con receta se tienen que obtener por medio de farmacias CVS o farmacias de pedido por correo de CVS/Caremark. Se limita a un suministro de hasta 90 días.

D. BENEFICIOS DE LA VISTA

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)
Exámenes de la vista	Hasta \$50.00*

	Antes del 01 de enero de 2015	vigente a partir del 1 de enero de 2015
Armazones (monturas)	Hasta \$35.00*	Hasta \$45.00*
Lentes, par:	Antes del 01 de enero de 2015	vigente a partir del 1 de enero de 2015
Receta de lente sencillo	Hasta \$37.00*	Hasta \$47.00*
Receta de lente bifocal	Hasta \$40.00*	Hasta \$50.00*
Receta de lente trifocal	Hasta \$45.00*	Hasta \$55.00*
Receta lenticular	Hasta \$90.00*	Hasta \$100.00*
Lentes de contacto	Hasta \$160.00*	Hasta \$170.00*

*La atención pediátrica de la vista para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a estos límites de dólares. En lugar de ello, los beneficios se proveen hasta el límite de Cargos Permitidos.

E. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Descripción	Beneficio (Solo para empleados)
Beneficio semanal por accidente y enfermedad	60% del ingreso bruto semanal, hasta una cantidad máxima de \$300 por semana, pagadera durante un máximo de 15 semanas

F. SEGURO DE VIDA, BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO Y BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Descripción	Beneficio
Seguro de vida (Empleados)	\$15,000
Beneficios por fallecimiento (Dependientes)	<p>Cónyuge: \$2,000 Hijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 días a menor de 6 meses: \$100 • 6 meses a menor de 2 años: \$200 • 2 años a menor de 3 años: \$400 • 3 años a menor de 4 años: \$600 • 4 años a menor de 5 años: \$800 • 5 años y mayores: \$1,000
Muerte accidental y desmembramiento (Solo para empleados)	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la vida; pérdida de ambas manos, ambos pies o la vista en ambos ojos; pérdida de una mano y un pie; pérdida del habla y la audición en ambos oídos; pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo; cuadriplejia: \$25,000 • La pérdida de una mano o un pie o la vista de un ojo; paraplejia; hemiplejia: \$12,500 • Pérdida del habla; pérdida de la audición de ambos oídos; pérdida del pulgar y el dedo índice de la misma mano: \$6,250

SECCIÓN 2. PLAN A, CLASE II

A. BENEFICIOS MÉDICOS

Descripción	Beneficio (Empleados)		Beneficio (Dependientes)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deductible anual (por persona)	\$150	\$150	\$150	\$150
Beneficio anual máximo	Sin límite		Sin límite	
Habitación y comida en el hospital	70% Hasta \$600/día	50% Hasta \$600/día	70% Hasta \$600/día	50% Hasta \$600/día
Otros gastos de hospital	70%	50%	No está cubierto	No está cubierto
Gastos quirúrgicos	70%	50%	No está cubierto	No está cubierto
Gastos de sala de emergencias	70% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	50% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	No está cubierto	No está cubierto
Gastos de ambulancia	70% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	50% después del deducible de \$50; se exonera si lo hospitalizan	No está cubierto	No está cubierto
Gastos de laboratorio y radiología	70%	50%	No está cubierto	No está cubierto
Visitas al consultorio médico (hasta un máximo de 20 visitas)	70%	50%	70%	50%
Trasplantes de órganos	70%	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Equipo médico duradero	70%	50%	No está cubierto	No está cubierto
Equipo protésico externo	70%	50%	No está cubierto	No está cubierto
Terapia física (hasta un máximo de 4 visitas)	70%	No está cubierto	70%	No está cubierto
Tratamiento de acupuntura	70%	50%	70%	50%
Servicios preventivos y de bienestar (Los \$200 iniciales para empleados y los \$100 iniciales para dependientes, no sujetos al Deducible Anual)	100% hasta \$200, luego 70% después del deducible anual	100% hasta \$200, luego 50% después del deducible anual	100% hasta \$100, luego 70% después del deducible anual	100% hasta \$100, luego 50% después del deducible anual

Descripción	Beneficio (Empleados)		Beneficio (Dependientes)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Inmunizaciones para bebés sanos (Durante los primeros 2 años de vida, por encima del beneficio anual de Bienestar y Servicios Preventivos)	n/a	n/a	100%	n/a
Alcoholismo y Abuso de sustancias (como paciente hospitalizado) (No está sujeto al deducible anual)	70%	50%	70%	50%
Alcoholismo y Abuso de sustancias (como paciente externo) (hasta un máximo de 20 visitas) (No está sujeto al deducible anual)	70%	50%	70%	50%
Servicios de diálisis renal a domicilio para participantes diagnosticados con insuficiencia renal terminal	70%	50%	No está cubierto	No está cubierto

B. BENEFICIOS DENTALES

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)
Beneficio máximo por año Calendario (Servicios de Atención preventiva, básicos y mayores)	\$2,000 por persona. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo por año calendario.
Atención preventiva	100% de los Gastos cubiertos (2 exámenes al año por persona).
Servicios básicos	80% del Cargo Razonable por empastes (amalgamas), extracciones, radiografías, cirugía bucal, anestesia, periodoncia, odontología de restauración y mantenedores de espacio.
Servicios mayores	80% del Cargo Razonable por coronas, puentes y dentaduras.
Servicios de ortodoncia	50% de los Gastos Cubiertos, hasta un beneficio máximo de por vida de \$2,000 por persona. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo vitalicio.

C. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)
Medicamentos con Receta (incluyendo suministros para diabéticos) - Farmacia Participante	Copago de \$15 por medicamentos con receta genéricos y medicamentos con receta sin

	<p>equivalente genérico;</p> <p>Copago de \$15 y diferencia de precio por medicamentos no genéricos.</p> <p>Los medicamentos con receta deben comprarse en las farmacias CVS/Caremark participantes. Se limita a un suministro de hasta 30 días.</p>
Medicamentos con Receta (incluyendo suministros para diabéticos) - Farmacia CVS o de Pedido por Correo	<p>Copago de \$30 por medicamentos con receta genéricos y medicamentos con receta sin equivalente genérico;</p> <p>Copago de \$30 y diferencia de precio por medicamentos no genéricos.</p> <p>Los medicamentos con receta se tienen que obtener por medio de farmacias CVS o farmacias de pedido por correo de CVS/Caremark. Se limita a un suministro de hasta 90 días.</p>

D. BENEFICIOS DE LA VISTA

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)	
Exámenes de la vista	Hasta \$50.00*	
	Antes del 01 de enero de 2015	vigente a partir del 1 de enero de 2015
Armazones (monturas)	Hasta \$35.00*	Hasta \$45.00*
Lentes, par:	Antes del 01 de enero de 2015	vigente a partir del 1 de enero de 2015
Receta de lente sencillo	Hasta \$37.00*	Hasta \$47.00*
Receta de lente bifocal	Hasta \$40.00*	Hasta \$50.00*
Receta de lente trifocal	Hasta \$45.00*	Hasta \$55.00*
Receta lenticular	Hasta \$90.00*	Hasta \$100.00*
Lentes de contacto	Hasta \$160.00*	Hasta \$170.00*

*La atención pediátrica de la vista para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a estos límites de dólares. En lugar de ello, los beneficios se proveen hasta el límite de Cargos Permitidos.

E. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Descripción	Beneficio (Solo para empleados)
Beneficio semanal por accidente y enfermedad	60% del ingreso bruto semanal, hasta una cantidad máxima de \$150 por semana, pagadera durante un máximo de 15 semanas

F. SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Descripción	Beneficio
Seguro de vida (Empleados)	\$15,000
Muerte accidental y desmembramiento (Solo para empleados)	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la vida; pérdida de ambas manos, ambos pies o la vista en ambos ojos; pérdida de una mano y un pie; pérdida del habla y la audición en ambos oídos; pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo; cuadriplejia: \$25,000 • La pérdida de una mano o un pie o la vista de un ojo; paraplejia; hemiplejia: \$12,500 • Pérdida del habla; pérdida de la audición de ambos oídos; pérdida del pulgar y el dedo índice de la misma mano: \$6,250

SECCIÓN 3. CARING HEART (EMPLEADOS A TIEMPO PARCIAL)

Nota: Los empleados a tiempo parcial de Caring Heart no son elegibles para recibir cobertura de beneficios médicos o seguro de vida.

A. BENEFICIOS DENTALES

Nota: No hay una organización de proveedores dentales preferidos correspondiente a los empleados de Caring Heart.

Descripción	Cantidad del beneficio
Los beneficios se limitan a un máximo general de \$3,000 por familia por año calendario. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo por año calendario.	
Atención preventiva —100% de los Gastos Cubiertos hasta \$105.00 por Año Calendario por profilaxis, visitas de diagnóstico y tratamiento de emergencia para el dolor. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo por año calendario.	
Servicios básicos —El Plan pagará de acuerdo al siguiente programa los empastes (amalgamas), extracciones, radiografías, cirugía oral, anestesia, periodoncia, odontología restaurativa y separadores:	
RADIOGRAFÍAS Y PATOLOGÍA	
Radiografía sencilla	\$9.75
Por cada radiografía adicional (hasta 12)	2.50
Una radiografía extra-oral del maxilar superior o inferior	24.25
Dos radiografías extra-orales del maxilar superior o inferior	36.50
Radiografías laterales, incluyendo el examen (no más de una vez cada seis meses)	
2 radiografías	12.25*
4 radiografías	17.25*

*La atención pediátrica de la vista para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a estos límites de dinero. En lugar de ello, los beneficios se proveen hasta el límite de Cargos

Descripción	Cantidad del beneficio
Permitidos.	
Radiografía sencilla de exploración panorámica, de la mandíbula y el maxilar (se considera una serie dental completa)	41.25
Biopsia y análisis de tejido oral	19.50
Ánálisis microscópico	36.50
CIRUGÍA ORAL, EXTRACCIONES	
Sin complicaciones (sencilla)	\$35.00
Cada diente adicional	14.75
Extracción quirúrgica o diente brotado	36.50
Visita posterior a la cirugía (suturas y complicaciones) después de extracciones múltiples e impactación	7.25
CIRUGÍA ORAL, DIENTE IMPACTADO ENTERRADO	
Extracción de diente (tejido blando)	\$41.25
Extracción de diente (con hueso parcial)	60.50
Extracción de diente (con hueso completo)	96.50
CIRUGÍA ORAL, ALVEOLAR DE RECONSTRUCCIONES DE LA ENCÍA	
Alveolectomía (edentado) por cuadrante	\$60.50
Alveolectomía (además de la extracción de un diente) por cuadrante	24.25
Alveoplastía con extensión de reborde, por arco	101.50
Extracción del torus palatino	84.75
Extracción de tori de la mandíbula, por cuadrante	84.75
Extirpación de tejido hiperplástico, por arco	77.25
Extirpación de encía pericoronal	24.25
CIRUGÍA ORAL, QUISTES Y NEOPLASMAS	
Incisión y drenado de abscesos	\$24.25
Resección radical de la mandíbula con injerto de hueso	724.50
Extracción de quistes o tumores hasta de ½"	24.25
CIRUGÍA ORAL, OTROS PROCEDIMIENTOS	
Sialolitotomía: extracción de cálculos salivales	\$79.75
Cierre de conductos salivales	145.00
Dilatación de un conducto salival	41.25
Trasplante de dientes o de brote de diente	169.00
Extracción de cuerpos extraños del hueso (procedimiento independiente)	36.50
Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmentos de diente o cuerpos extraños	157.25
Cierre de una fistula oral de los senos maxilares	96.50
Secuestrectomía superficial para osteomielitis o abscesos de hueso	48.25
Condilectomía de la articulación temporomandibular	724.50
Menisectomía de la articulación temporomandibular	603.75
Extracción de un cuerpo extraño del tejido blando	24.25
Frenectomía	60.50
Sutura de una lesión del tejido blando	24.25
Exposición de la corona para fines de ortodoncia	36.50
Inyección de un agente esclerosante dentro de la articulación temporomandibular	72.50

Descripción	Cantidad del beneficio
Tratamiento de neuralgia trigeminal con inyección en una 2da y 3ra división	82.25
ANESTESIA	
General, solo cuando se proporciona en conjunto con un procedimiento quirúrgico	\$36.50
PERIODONCIA	
Tratamiento de emergencia (abscesos periodontales, periodontitis aguda, etc.)	\$24.25
Raspado subgingival, implantación de raíces, por cuadrante (no profilaxis)	29.00
Corrección de la oclusión, relacionada con problemas periodontales, por cuadrante	29.00
Gingivectomía (incluyendo las visitas posteriores a la cirugía), por cuadrante	120.75
Gingivectomía ósea o cirugía mucogingival (incluyendo las visitas posteriores a la cirugía), por cuadrante	145.00
Gingivectomía, tratamiento por diente (menos de seis dientes)	24.25
<i>ENDODONCIA (El límite que se muestra es para un diente a menos que se indique otra cosa)</i>	
Recubrimiento de pulpa	\$14.75
Pulpotomía terapéutica (además de la restauración)	14.75
Pulpotomía vital	29.00
Remineralización (calcio, hidróxido, restauración temporal) solo como procedimiento separado	24.25
Endodoncias, incluyendo las radiografías y los cultivos necesarios, pero excluye la restauración final	
Terapia de endodoncia de raíz individual	\$108.75
Terapia de endodoncia de dos raíces	145.00
Terapia de endodoncia de tres raíces	181.25
Apicoectomía (incluyendo el relleno de la endodoncia)	120.75
Apicoectomía (procedimiento separado)	84.75
<i>ODONTOLOGÍA RESTAURATIVA, INCLUYENDO INCRUSTACIONES, CORONAS (que no sean de acero inoxidable) y puentes. (Restauraciones múltiples en una superficie se considerarán como una restauración individual.)</i>	
Restauraciones de amalgamas – Dientes de leche Caries – por superficie	\$28.00
Restauraciones de amalgamas – Dientes permanentes Caries – por superficie	35.00
Restauraciones sintéticas	
Relleno de cemento de silicato	21.75
Relleno de plástico	26.50
Relleno de compuesto	26.50
Postes	
Postes (Retención) cuando se usan como parte de la restauración en lugar de oro o una corona	7.25
Coronas	
Acero inoxidable (cuando el diente no puede restaurarse con material de amalgama)	41.25
Reparaciones de dentaduras completas y parciales – acrílico	
Dentadura quebrada, que no implique los dientes	29.00

Descripción	Cantidad del beneficio
Reemplazo de dientes faltantes o quebrados, cada diente	7.25
SEPARADORES (<i>Incluye todos los ajustes dentro de los siguientes seis meses de la instalación.</i>)	
Separador fijo (de tipo banda)	\$84.75
Acrílico desmontable con alambre redondo, solo para descansar	96.50
Pasadores de acero inoxidable y/o alambres activadores, además de las concesiones básicas, por alambre o pasador	12.25
Modelos de estudio	12.25
Aparato inhibidor desmontable para corregir la succión del pulgar	96.50
Aparato inhibidor fijo para corregir la succión del pulgar	96.50
Servicios mayores – El Plan pagará por las coronas, los puentes y las dentaduras conforme al siguiente programa:	
RESTAURACIÓN (<i>Las restauraciones y las coronas de oro están cubiertas solamente cuando no puede restaurarse el diente con material de empaste.</i>)	
Incrustaciones	
Una superficie	\$73.50
Dos superficies	84.00
Tres o más superficies	105.00
Recubrimiento, además de la concesión de la incrustación	21.00
Coronas	
Acrílicas	126.00
Acrílica con metal	157.50
Porcelana	157.50
Porcelana con metal	210.00
Oro (molde completo)	136.50
Oro (molde de $\frac{3}{4}$)	126.00
Poste de oro	21.00
PROSTODONCIA	
Ajustes de puente (vea incrustaciones y coronas)	
Póntico	
Molde de oro (higiénico)	\$84.00
Cara de Steele	94.50
Tipo Tru-Pontic	115.50
Porcelana fundida a oro	168.00
Plástico procesado con oro	94.50
Puente desmontable (unilateral)	
Molde de una pieza, con sujetador de broche de aleación de cobalto de cromo u oro (todos los tipos), por unidad	42.00
Recementación	
Incrustación	\$10.50
Corona	10.50
Puente	21.00
Reparación: coronas y puentes	El límite del programa se basará en el grado y tipo de daño y el tipo de materiales usados
Dentaduras y parciales (Las cuotas por las dentaduras, las dentaduras parciales y la realineación incluyen los ajustes durante los seis meses siguientes a la instalación). (Las técnicas especializadas y las caracterizaciones no son	

Descripción	Cantidad del beneficio
elegibles.)	
Dentadura completa maxilar	325.50
Dentadura completa mandibular	325.50
Superior e inferior parcial de acrílico con broches de aleación de cobalto de cromo u oro, base	157.50
Dientes y broches, extra por cada unidad	10.50
Inferior o superior parcial con barra de paladar o lengua en aleación de cobre y sillas de acrílico, base	315.00
Dientes y broches, extra por cada unidad	10.50
Reductores de estrés simples adicionales	29.50
Placa sujetadora, base	63.00
Dientes y broches, extra por cada unidad	6.25
Rebasado en la oficina, cura fría, acrílica	31.50
Rebasado de dentadura	73.50
Acondicionamiento especial de tejido, por dentadura	31.50
Duplicación de la dentadura (caja de molde), por dentadura	115.50
Ajuste de la dentadura más de seis meses después de la instalación	8.40
Reparaciones de dentadura parcial (metal)	Vea "Reparaciones" anteriormente.
Adición de dientes a una dentadura parcial para reemplazar un diente natural extraído	
Primer diente	52.50
Primer diente con broche	63.00
Cada diente y broche adicionales	10.50
Ortodoncia —El Plan paga el 50% de los gastos cubiertos, hasta una cantidad máxima vitalicia de \$2,000 por participante. La atención oral pediátrica para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a este máximo vitalicio.	

B. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)
Medicamentos con Receta (incluyendo suministros para diabéticos) - Farmacia Participante	Copago de \$10 por medicamentos con receta genéricos y medicamentos con receta sin equivalente genérico; Copago de \$10 y diferencia de precio por medicamentos no genéricos. Los medicamentos con receta deben comprarse en las farmacias CVS/Caremark participantes. Se limita a un suministro de hasta 30 días.
Medicamentos con Receta (incluyendo suministros para diabéticos) - Farmacia CVS o de Pedido por Correo	Copago de \$20 por medicamentos con receta genéricos y medicamentos con receta sin equivalente genérico; Copago de \$20 y diferencia de precio por medicamentos no genéricos. Los medicamentos con receta se tienen que obtener por medio de farmacias CVS o farmacias de pedido por correo de

	CVS/Caremark. Se limita a un suministro de hasta 90 días.
Máximo por año calendario	Sin límite.

C. BENEFICIOS DE LA VISTA

Descripción	Beneficio (Empleados y Dependientes)	
Exámenes de la vista	Hasta \$50.00*	
	Ante	
Armazones (monturas)	Hasta \$35.00*	Hasta \$45.00*
Lentes, par:		
Receta de lente sencillo	Hasta \$37.00*	Hasta \$47.00*
Receta de lente bifocal	Hasta \$40.00*	Hasta \$50.00*
Receta de lente trifocal	Hasta \$45.00*	Hasta \$55.00*
Receta lenticular	Hasta \$90.00*	Hasta \$100.00*
Lentes de contacto	Hasta \$160.00*	Hasta \$170.00*

*La atención pediátrica de la vista para personas menores de 19 años de edad no está sujeta a estos límites de dólares. En lugar de ello, los beneficios se proveen hasta el límite de Cargos Permitidos.

D. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Descripción	Beneficio (Solo para empleados)
Beneficio semanal por accidente y enfermedad	60% del ingreso bruto semanal, hasta una cantidad máxima de \$200 por semana, pagadera durante un máximo de 15 semanas

V. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

A. INFORMACIÓN GENERAL

El Programa de Beneficios que comienza en la página 19 de este manual muestra la cantidad de Deducibles y Copagos requeridos, y los porcentajes de Gastos Cubiertos que pagará el Plan después de que usted cumpla con las cantidades de Deducibles correspondientes, hasta la cantidad máxima de beneficios del Plan.

Para los participantes en el Plan A, su plan de beneficios se determina de acuerdo con el número de horas que trabaje en un Trimestre de Trabajo que se reporte al Fondo en nombre suyo. Sus beneficios médicos se proveen dentro o fuera de una red, a través de una organización PPO (organización de proveedores preferidos), o fuera de la red, fuera de la organización PPO. Los participantes de Caring Heart a tiempo parcial no son elegibles para recibir beneficios médicos.

Sus beneficios médicos por lo general se proveen dentro de una red; la cobertura médica fuera de la red es limitada, como se describe más adelante. Asegúrese de consultar el Programa de Beneficios que corresponda al nivel de cobertura que se le designó. Si no está seguro de cuál cobertura le corresponde, comuníquese con la Oficina del Fondo.

B. ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

El Plan ofrece cobertura de atención médica a través de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst). Una organización PPO es una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica selectos que han acordado ofrecer servicios o suministros médicos a usted y sus Dependientes a un precio reducido. CareFirst es el Plan BlueCross BlueShield que cubre el área metropolitana mayor de Washington, DC, que incluye a Maryland y el Norte de Virginia. Si vive fuera del área de servicio de CareFirst, recibirá los mismos beneficios de los proveedores que participan en su plan BCBS local (por ejemplo Anthem BCBS en el área de Tidewater VA o Independence BCBS en PA).

La organización PPO se puede usar para todos los servicios y padecimientos cubiertos, entre ellos servicios de rutina, afecciones médicas de emergencia y el tratamiento por abuso de sustancias.

Para los participantes en el Plan A, el uso de la PPO es totalmente voluntario; sin embargo, al usar los proveedores que son parte de la red PPO, los gastos no reembolsables por los Gastos Cubiertos generalmente serán más bajos que si usa proveedores fuera de la red. Esto se debe a que los proveedores dentro de la red (preferidos) tienen convenios con las organizaciones PPO del Plan bajo los cuales proveen servicios y suministros de atención médica a buenas tarifas de descuento negociadas para los participantes del Plan. Además, cuando usa proveedores de la red, el Coaseguro generalmente es más bajo que si usa proveedores fuera de la red (no preferidos).

Los empleados a tiempo parcial de Caring Heart no son elegibles para recibir cobertura de beneficios médicos o seguro de vida.

Cuando adquiera el derecho a participar en los beneficios del Plan, recibirá una tarjeta combinada de identificación médica y de medicamentos con receta. Presente esta tarjeta de identificación cuando visite a un proveedor que participe en la PPO. Su tarjeta lo identificará como miembro para que los proveedores sepan cómo presentar las reclamaciones a nombre suyo.

Para encontrar un proveedor de CareFirst, visite el sitio web de CareFirst en www.carefirst.com. si está en Maryland, DC o el Norte de Virginia, también se puede comunicar con CareFirst al (800) 235-5160. Los participantes fuera del área de servicio de CareFirst BCBS (que se

considera "FlexLink") deben llamar al (888) 444-8115 para recibir ayuda de como encontrar a un médico o para verificar si un proveedor es parte de la red local de BlueCross Blue Shield. También puede acceder a esta información en línea en www.carefirst.com. Haga clic en "Members and Visitors" [miembros y visitantes], después en "Find a Doctor" [encontrar un médico]. Entonces puede buscar por tipo de proveedor (médico o consultorios o centros médicos) dependiendo de sus necesidades. Bajo el título al pie de la página, donde dice "Other Networks" [otras redes], haga clic en el enlace "PPO-National/International BlueCross BlueShield Directory" [directorío de PPO nacionales e internacionales de BlueCross BlueShield].

C. GASTOS CUBIERTOS

El Plan no siempre pagará los beneficios equivalentes o de acuerdo a los cargos reales del proveedor por los servicios o suministros de atención médica, incluso después de que haya pagado los deducibles y coaseguros correspondientes. Esto se debe a que el Plan solo cubre los Cargos Permitidos por servicios y suministros. El Plan no le reembolsará ningún gasto que no sea un Gasto Cubierto. Eso significa que usted es responsable de pagar el costo total de todos los gastos que no estén cubiertos por el Plan. Cualquier monto en exceso del Cargo Permitido no se considera como parte del máximo de gastos no reembolsables del Plan por cada beneficio.

D. DEDUCIBLES ANUALES

En prácticamente todos los beneficios del Plan, los Empleados del Plan A deben cumplir con el deducible anual antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Si usted no cumple con el deducible en un Año Calendario, cualquier cantidad que pague para el deducible en octubre, noviembre y diciembre de ese año se aplicará al deducible del siguiente Año Calendario. De ese modo, no tendrá que pagar el deducible dos veces en un corto período de tiempo.

E. GASTOS NO REEMBOLSABLES

Estos son los gastos por servicios y suministros médicos que usted es responsable de pagar. Bajo el Plan, cada año, usted será responsable de pagar de su propio bolsillo:

- Todos los deducibles correspondientes;
- Todos los coaseguros correspondientes;
- Todos los gastos por los servicios o suministros médicos que no estén cubiertos por el Plan;
- Todos los cargos que excedan el Cargo Permitido;
- Todos los cargos que excedan de cualquier otra limitación del Plan;
- Las multas correspondientes si no cumple con el Programa de Administración de la Utilización (Utilization Management Program) (vea la página 41).

F. COASEGUROS Y COPAGOS

Si se aplica un deducible a un beneficio en particular, usted tiene que pagar el deducible antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Esto quiere decir que una vez que cumpla con su deducible anual por ese beneficio en particular, el Plan pagará un porcentaje de los gastos cubiertos, y usted será responsable de pagar el resto. La parte que usted paga se llama “Coaseguro”. Recuerde que los cargos que excedan de los Cargos Permitidos no se consideran gastos cubiertos bajo el Plan. *Vea el Programa de Beneficios* para determinar el porcentaje que paga el Plan.

IMPORTANTE

Si no cumple con algunos de los Programas de Administración de Utilización del Plan, podría quedar sujeto al pago de una multa de \$500. Eso significa que los gastos médicos cubiertos por el Plan se podrían reducir en \$500 además de cualesquier Deducibles y Coaseguros que pudieran aplicar. Estas características se describen en el Artículo VI de este manual.

G. DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

Tenga en cuenta que prácticamente todas las categorías de beneficios médicos están sujetas a deducibles, coaseguros y máximos anuales que se estipulan en el Programa de Beneficios que comienza en la página 21.

1. Beneficios de habitación y comidas de hospital

Para los Empleados del Plan A, por cada día que usted o sus Dependientes estén internados en el Hospital, el Plan proveerá la cantidad de beneficios que se muestra en el Programa de Beneficios, después de que cumpla con el deducible. Este beneficio no ofrece cobertura para la hospitalización de un Empleado cuando se deba al abuso de alcohol o drogas. (*Vea en lugar de eso* Beneficios por abuso de alcohol y sustancias más adelante).

La hospitalización debe ser certificada previamente por American Health Holdings.

Para obtener información adicional sobre los requisitos de certificación previa del Programa de Administración de Utilización, consulte el Artículo del Programa de Administración de Utilización de la página 41. Los beneficios de habitación y comidas de hospital solamente se proveerán si usted y/o sus Dependientes se encuentran en efecto internados en un hospital en el cual se ha incurrido en gastos de habitación y comidas.

2. Otros gastos de hospital

Si usted o sus Dependientes están internados en un Hospital o usan el Hospital como pacientes externos por una lesión o enfermedad no ocupacional, se les cubrirán los siguientes gastos, por las cantidades mostradas en el Programa de Beneficios, siempre que el uso de los artículos sea Médicamente Necesario:

- Cuotas de sala de operaciones y de recuperación;
- Suministros médicos y quirúrgicos (catéteres, almohadillas, sondas, etc.);
- Terapia y sueros intravenosos;
- Medicamentos;
- Suministros de anestesiología;

- Oxígeno para pacientes internados.

3. Gastos quirúrgicos

Bajo la mayoría de las circunstancias, el Plan pagará por la cirugía Médicamente Necesaria que se practique a los participantes, sujeto al Deducible y al Coaseguro correspondientes. El Plan paga las operaciones quirúrgicas cuando se somete a una debido a un accidente o enfermedad no ocupacional para la cual no tenga derecho a recibir los beneficios bajo la ley de compensación a los trabajadores. Los beneficios son pagaderos independientemente de dónde se realice la operación, en un Hospital, el consultorio del Médico u otra instalación adecuada, y cuando los servicios los proporcione un Médico.

Cirugías Múltiples. En caso de que tenga dos o más procedimientos quirúrgicos al mismo tiempo, el Plan los tratará como un solo procedimiento si se usa la misma incisión u área de operación. En este caso, el Plan reembolsará hasta la cantidad mostrada en el Programa de Beneficios por el primer procedimiento y hasta el 50 % de la cantidad que se muestre en el Programa de Beneficios por todos los procedimientos secundarios. Sin embargo, si se realizan procedimientos múltiples en diferentes áreas de operación y/o por diferentes causas, el Plan tratará los procedimientos múltiples como cirugías separadas y pagará hasta la cantidad mostrada en el Programa de Beneficios por cada procedimiento.

4. Gastos de laboratorio y radiología

El Plan paga los beneficios para gastos de laboratorio y radiología que se muestran en el Programa de Beneficios por los gastos de radiología y laboratorio, incluyendo los gastos de quimioterapia.

5. Gastos de sala de emergencias

Después de que cumpla con el Deducible anual, si corresponde, y el Deducible de Sala de Emergencia, el Plan cubre los cargos de Hospital en que incurra cuando se proporcione tratamiento de emergencia durante las siguientes 72 horas de que ocurra una emergencia médica, siempre que los cargos sean Cargos Permitidos. El Deducible de Sala de Emergencia se dispensa si lo hospitalizan de la Sala de Emergencias.

6. Gastos de ambulancia

Después de que cumpla con el Deducible anual y el Deducible de Sala de Emergencia, si corresponden, el Plan cubre los cargos de Hospital en que incurra cuando se proporcione tratamiento de emergencia durante las siguientes 72 horas de que ocurra una emergencia médica, siempre que los cargos sean Cargos Permitidos. El deducible de Gastos de Ambulancia se dispensará si es admitido directamente al hospital.

Se proporcionan beneficios para el transporte en vehículos terrestres al centro adecuado más cercano según sea Médicamente Necesario para el tratamiento de una emergencia médica, enfermedad aguda o transferencia de un centro médico a otro.

7. Visitas al consultorio médico

El Plan ofrece beneficios para las visitas al consultorio médico para ver a un Médico, según se muestra en el Programa de Beneficios.

8. Trasplantes de órganos

El Plan ofrece beneficios para los servicios que estén directamente relacionados con el

trasplante de órganos que no sean experimentales, de órganos o tejidos humanos incluyendo médula ósea, células madre, córneas, corazón, intestino, tejido pequeño, riñón, hígado, pulmones, páncreas o piel, junto con el centro y los servicios profesionales, los medicamentos aprobados por la FDA y el equipo y los suministros Médicamente Necesarios.

9. Equipo médico duradero

Se proporciona cobertura para Equipo Médico Duradero bajo el Plan, según se muestra en el Programa de Beneficios, para:

- El alquiler del Equipo Médico Duradero (pero solo hasta el precio de compra permitido);
- La compra de modelos estándar a opción del Plan; y
- La reparación, el ajuste o el servicio, o el reemplazo Médico Necesario, del Equipo Médico Duradero debido a un cambio en las condiciones físicas del Participante o si el equipo no puede repararse.

El Equipo Médico Duradero está cubierto solamente cuando su uso es Médicamente Necesario y lo receta un Médico.

10. Equipo protésico externo

Se ofrece cobertura para equipo protésico externo bajo el Plan, según se muestra en el Programa de Beneficios, para:

- el alquiler de equipo protésico externo (pero solo hasta el precio de compra permitido);
- la compra de modelos estándar de equipo protésico externo a opción del Plan;
- la reparación, el ajuste o el servicio del equipo protésico externo o el reemplazo de dicho equipo debido a un cambio en las condiciones físicas del participante o si el equipo no puede repararse.

El equipo protésico externo es un tipo de aparato o dispositivo corrector diseñado para reemplazar, en su totalidad o en parte, una parte faltante del cuerpo, incluyendo entre otros, las extremidades artificiales, los lentes correctivos necesarios después de una cirugía de cataratas, los yesos, los entablillados, los bragueros, las fajas y las muletas. Dicho equipo está cubierto solamente cuando lo receta un Médico.

11. Servicios de bienestar y preventivos

Se ofrece cobertura para los servicios preventivos y de bienestar tanto para niños como para adultos, hasta las cantidades que se muestran en el Programa de Beneficios. Los Deducibles y Coaseguros no se aplican a los \$200 iniciales en Cargos Permitidos (empleados del Plan A), los \$150 iniciales en Cargos Permitidos (dependientes del Plan A/Clase I) o los \$100 iniciales en Cargos Permitidos (dependientes del Plan A/Clase II). De ahí en adelante, los servicios de bienestar y preventivos quedan sujetos a Deducibles y Coaseguros Anuales.

a. **Servicios de bienestar y preventivos para niños.** Los gastos cubiertos incluyen:

Participantes dependientes del Plan A/Clase I y Clase II, hasta los 2 años de edad

- Consultas de paciente externo para recién nacidos y visitas de niños sanos;
- Vacunas infantiles de rutina (por ejemplo, DPT, Polio, MMR, HIB, hepatitis, varicela, tétanos).
- Dentro de la red, se cubre el 100% de los Gastos Razonables, los cuales no cuentan como parte del beneficio anual de servicios de Bienestar y Preventivos y el máximo anual de visitas al consultorio por persona.

Participantes dependientes del Plan A/Clase I y Clase II, de 2 a 6 años de edad

- Consultas de paciente externo para recién nacidos y visitas de niños sanos;
- Vacunas infantiles de rutina (por ejemplo, DPT, Polio, MMR, HIB, hepatitis, varicela, tétanos).
- Dentro de la red, estos servicios se cubren al 100% hasta \$150 de los Cargos Permitidos (dependientes de Clase I), o hasta \$100 de los Cargos Permitidos (dependientes de Clase II). De ahí en adelante, estos servicios están sujetos a Deducibles y Coaseguros Anuales (Clase I- 85% dentro de la red, 60% fuera de la red o Clase II- 70% dentro de la red, 50% fuera de la red).
- Las visitas al consultorio relacionadas cuentan como parte del máximo anual de visitas al consultorio por persona.

b. **Servicios de bienestar y preventivos para adultos.** Los gastos cubiertos incluyen:

- Exámenes físicos preventivos de rutina;
- Sigmoidoscopías o colonoscopías de evaluación;
- Vacunas contra el tétanos, el neumococo y la influenza;
- Para mujeres: exámenes ginecológicos, pruebas de Papanicolaou y mamografías de evaluación;
- Para hombres: consultas para exámenes digitales rectales, inclusive análisis del antígeno prostático específico (PSA) en la sangre.

12. Terapia física

El Plan ofrece beneficios para las visitas al consultorio médico para obtener fisioterapia, según se muestra en el Programa de Beneficios.

13. Tratamiento de acupuntura

Se proporciona cobertura para el tratamiento de acupuntura bajo el Plan, según se muestra en el Programa de Beneficios.

14. Servicios de diálisis a domicilio

Una vez que cumpla con el Deducible anual, si corresponde, los beneficios se ofrecerán según los Cargos Permitidos para la diálisis renal realizada en la residencia de un Participante, de conformidad con el Programa de Beneficios, siempre y cuando el Participante haya sido diagnosticado con insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

H. BENEFICIOS POR ABUSO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS

La atención como paciente hospitalizado o externo para el tratamiento de abuso de alcohol y sustancias se ofrecerá en las cantidades, los niveles y con las limitaciones que se estipulan en el Programa de Beneficios. La atención en hospital incluye la cobertura de la habitación y los alimentos, y otros servicios de Hospital. **Debe obtener la certificación previa de American Health Holdings antes de que lo internen en el Hospital para el tratamiento por abuso de alcohol y sustancias.**

Para que pueda recibir los beneficios por abuso de alcohol y sustancias como paciente internado, la hospitalización debe ser el resultado del diagnóstico y la recomendación de un Médico que certifique que se estableció un plan de tratamiento bajo la dirección del médico para su rehabilitación. El plan de tratamiento tiene que ser presentado a **American Health Holdings** antes de proporcionarlo o con toda reclamación de beneficios.

No se cubren la destoxicación y el tratamiento en un centro de tratamiento residencial. Sin embargo, se cubren el tratamiento intensivo como paciente externo y la hospitalización parcial.

I. LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Este Plan cumple con la ley federal que prohíbe restringir los beneficios en cualquier estancia de hospital en relación con el nacimiento para la madre y el recién nacido a menos de 48 horas después de un alumbramiento normal vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea, o exigir que el profesional de atención médica obtenga la autorización previa del Plan para recetar una estancia más prolongada que no sobrepase esos períodos. Sin embargo, la madre y el recién nacido pueden ser dados de alta de antes, siempre que el médico responsable haya consultado con la madre.

J. LEY DE LOS DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

Según la ley federal, los planes de seguro grupal, aseguradores y organizaciones HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) que provean beneficios médicos y quirúrgicos relacionados con una mastectomía, tienen que proveer beneficios para ciertas cirugías reconstructivas. En el caso de Participante o Beneficiaria que reciban beneficios bajo el Plan en conexión con una mastectomía y opten por someterse a la reconstrucción de los senos, la ley federal exige cobertura de cierta manera que se determinará en consulta con el Médico a cargo y la paciente para lo siguiente:

- la reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción del otro seno con el fin de producir una apariencia simétrica, y
- la prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo limfedemas.

Esta cobertura está sujeta a las disposiciones de deducible y copagos anuales del Plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de si el Plan cubre las mastectomías o la cirugía reconstructiva, comuníquese con la Oficina del Fondo al 1-800-638-8824.

G. DENTALES

Los servicios dentales requeridos debido a una lesión accidental estarán cubiertos bajo la porción de Beneficios Médicos del Plan. La atención dental de rutina se cubre solamente bajo la porción de los Beneficios Dentales del Plan (que se describe comenzando en la página 44).

VI. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

A. El Programa de Administración de Utilización

El Programa de Administración de Utilización está diseñado para ayudar a controlar los costos cada día mayores de la atención médica al evitar los servicios o tratamientos innecesarios que son más costosos que otros tratamientos eficaces que están disponibles.

Si no sigue estos procedimientos, usted tendrá que pagar de su propio bolsillo, además de los deducibles o coaseguros.

Antes de cualquier hospitalización programada, usted o su médico **tiene** que llamar a American Health Holdings para obtener la aprobación previa a la admisión. American Health Holdings revisará el plan de tratamiento propuesto con su Médico para garantizar que su atención sea la adecuada. **Consulte su tarjeta de identificación de miembro del plan médico para obtener el teléfono que necesita para llamar y pedir la certificación previa.**

En caso de una emergencia (una situación en la que peligre la vida), vaya directo al hospital. Usted o un miembro de la familia debe notificar a American Health Holdings antes de que transcurran 48 horas de la atención de emergencia.

El Programa de Administración de Utilización (UM) del Plan consiste de:

- La revisión de certificación previa de los servicios médicos propuestos antes de que se brinden los servicios. Algunos médicos pueden obtener la certificación previa por usted. Sin embargo, usted es responsable de garantizar que los servicios de hospital se hayan certificado previamente. Por lo tanto, usted debe confirmar la certificación previa con su médico antes de que se hospitalice.
- La Administración de Casos, mediante la cual el paciente, la familia del paciente, el médico y/u otros proveedores de atención médica colaboran con la compañía de Administración de Utilización para coordinar un plan de tratamiento de calidad, oportuno y económico. Los servicios de administración de casos pueden ser especialmente útiles para los pacientes que requieran servicios médicos complejos de alta tecnología. La administración de casos puede incluir la aprobación previa para el tratamiento, la planificación del alta y la revisión del procedimiento psiquiátrico, entre otras cosas.
- La maternidad, si está embarazada, debe llamar aproximadamente 30 días antes de la fecha de dar a luz y después volver a llamar 48 horas antes una vez que la hospitalicen para el alumbramiento.

El Programa de Administración de Utilización actualmente está administrado por American Health Holdings. Los profesionales de atención médica de la compañía de Administración de Utilización se enfocan en:

- la necesidad y la conveniencia de la permanencia en el hospital, y
- la necesidad, la conveniencia y la economía de los servicios médicos y quirúrgicos propuestos.

La compañía de Administración de Utilización determina si un ciclo de atención o tratamiento es Médicamente Necesario o no, con respecto a las condiciones del paciente y dentro de los términos de este Plan.

IMPORTANTE

La recomendación de su médico para una cirugía, hospitalización, internación en un centro de atención médica especializada u otros servicios o suministros médicos **no** significa que los servicios o los suministros recomendados se vayan a considerar como necesarios por razones médicas para determinar la cobertura de los beneficios médicos bajo el Plan.

La compañía de Administración de Utilización no diagnostica ni trata padecimientos médicos, valida la elegibilidad para la cobertura ni garantiza el pago de los beneficios. La certificación de la compañía de Administración de Utilización no garantiza el pago de los beneficios. El pago de los beneficios está sujeto a los términos y las condiciones del Plan descritos en este documento. Por ejemplo, los beneficios no serán pagaderos si la elegibilidad de su cobertura terminó antes de que se proporcionaran los servicios o si los servicios no estaban cubiertos por el Plan parcial o totalmente.

Todas las decisiones de tratamiento dependen de usted y su médico. Debe seguir el ciclo de tratamiento que usted y su médico crean más apropiado, incluso si la compañía de Administración de Utilización no certifica el tratamiento médico propuesto, la hospitalización o la internación en un centro de atención médica especializada según sea Médicamente Necesario. Sin embargo, los beneficios pagaderos por el Plan podrían verse afectados por la determinación de la compañía de Administración de Utilización.

Nota: El Administrador, el Plan y la compañía de Administración de Utilización no practican la medicina, y ninguno es responsable de la calidad de los servicios de atención médica provistos, tanto si están certificados por la compañía de Administración de Utilización como necesarios por razones médicas como si no lo están.

B. QUÉ SUCEDA SI NO SIGUE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

Si no sigue los procedimientos requeridos de la Administración de Utilización indicados anteriormente, su reclamación de beneficios se remitirá a la compañía de Administración de Utilización para someterse a una revisión retrospectiva para determinar si los servicios son necesarios por razones médicas.

- Si la compañía de Administración de Utilización determina que los servicios no son necesarios por razones médicas, no se pagarán beneficios del Plan por dichos servicios.
- Si la compañía de Administración de Utilización determina que los servicios son necesarios por razones médicas, los beneficios del Plan se pagarán por dichos servicios. Sin embargo, usted tendrá que pagar hasta \$500 adicionales para cubrir el costo de los servicios, además de

los deducibles o el coaseguro que corresponda. Los \$500 adicionales no cuentan para la cantidad del deducible o de la cantidad máxima de desembolso no reembolsable.

VII. COBERTURA DENTAL

A. BENEFICIOS DENTALES (PLAN A, CLASES I Y II)

El Plan ofrece beneficios de cobertura dental preventiva, básica, mayor y de ortodoncia para usted y sus Dependientes. El Plan pagará los gastos dentales preventivos, básicos y mayores que se muestran en el Programa de Beneficios Dentales, hasta el máximo por Año Calendario. Por servicios de ortodoncia, el Plan pagará los Gastos Cubiertos como se indica en el Programa de Beneficios Dentales, hasta el monto de beneficio máximo de por vida por participante elegible.

Si incurre en gastos que sobrepasen las cantidades de los beneficios indicadas en el Programa de Beneficios Dentales, usted será responsable del pago de esos gastos, así como de cualquier gasto dental que sobrepase las cantidades máximas anuales o vitalicias cubiertas por el Plan. Además, si su dentista cobra más del Cargo Permitido por un servicio, usted será responsable de la cantidad total de los cargos en exceso.

El Fondo ofrece cobertura dental a través de una Organización de Proveedores Dentales Preferidos (DPPO, por sus siglas en inglés) a los participantes del Plan A. Una DPPO es una red de proveedores dentales selectos que han acordado proveerle servicios dentales a usted y a sus dependientes elegibles por cargos reducidos.

Su uso de la DPPO será estrictamente voluntario; no obstante, si usa los proveedores dentro de la red DPPO, sus costos no reembolsables por gastos cubiertos serán por lo general más bajos que si usara proveedores fuera de la red.

B. BENEFICIOS DENTALES (CARING HEART)

El Plan ofrece beneficios de cobertura dental preventiva, básica, mayor y de ortodoncia para usted y sus Dependientes. El Plan pagará por los gastos de atención dental preventiva, básica y mayor que se muestran en el Programa de Beneficios Dentales el monto de beneficios que se muestra en cada renglón, hasta el máximo de Año Calendario por familia. Por servicios de ortodoncia, el Plan pagará, como se indica en el Programa de Beneficios Dentales, hasta el monto de beneficio máximo de por vida por Participante elegible.

Si incurre en gastos que sobrepasen las cantidades de los beneficios indicadas en el Programa de Beneficios Dentales, usted será responsable del pago de esos gastos, así como de cualquier gasto dental que sobrepase las cantidades máximas anuales o vitalicias cubiertas por el Plan.

C. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Si se proporcionara, por algún cargo, un beneficio bajo esta cobertura y la cobertura de otro Plan, el cargo será elegible bajo esta cobertura dental solamente hasta el punto que sea necesario para proporcionar un beneficio igual al excedente, si existe, de (a) el beneficio que sería pagadero por dicho cargo bajo esta cobertura si no existiera esta limitación bajo (b) y el beneficio agregado pagadero por dicho cargo bajo todas las coberturas del Plan. La siguiente es una lista de algunos servicios, suministros y gastos dentales que **no están cubiertos** por el Plan:

- Aquellos que no sean necesarios por razones médicas o que no se realicen generalmente para la atención dental;
- Aquellos que no los proporcione un dentista certificado, a menos que el servicio lo desempeñe un técnico en higiene dental certificado bajo la supervisión de un dentista o si es una radiografía recetada por un dentista;

- Un servicio realizado a la persona para fines cosméticos o para el cuidado dental de una malformación de desarrollo o congénita. Las caras de las coronas o los póticos, detrás del segundo premolar deberán siempre considerarse de carácter cosmético.

VIII. COBERTURA DE LA ATENCIÓN DE LA VISTA

A. INFORMACIÓN GENERAL

El Plan proporciona beneficios de atención de la vista para usted y sus Dependientes. Esos beneficios incluyen los exámenes de la vista, cristales y armazones (monturas) de lentes, y lentes de contacto. Puede obtener atención de la vista con un optometrista u oftalmólogo certificado; sin embargo, el Plan pagará solamente hasta la cantidad mostrada en el Plan de Beneficios de Atención de la Vista en la página 33. Si incurre en gastos que sobrepasen las cantidades máximas y las limitaciones de los beneficios, usted será responsable del pago de esos gastos.

B. SERVICIOS CUBIERTOS

La cobertura de atención de la vista del Plan ofrece pago para:

- Un examen anual de la vista, incluyendo la refracción, por período de Año Calendario;
- Dos lentes en un período de dos (2) años calendario;
- Un juego de armazones (monturas) en un período de dos (2) años calendario;
- Lentes de contacto siempre que se proporcionen para: (a) después de la cirugía de cataratas; o (b) en el caso en donde la única manera disponible para la restauración de la actividad de la vista del mejor ojo del participante a 20/70 o mejor con el uso de lentes de contacto.

C. EXCLUSIONES

A continuación hay una lista de los servicios, suministros y gastos de atención de la vista que **no están cubiertos** por el Plan.

- Los anteojos de sol, tanto con graduación como sin ella;
- El reemplazo de lentes o armazones (monturas) perdidos, hurtados o quebrados obtenidos bajo el Plan;
- Los exámenes de la vista requeridos por (1) una Empresa como condición de trabajo, la cual requiere la Empresa en virtud de un acuerdo de trabajo, o (2) por un órgano del gobierno;
- La cirugía Lasik;
- Los cargos relacionados con procedimientos especiales como capacitación de la vista y ortóptica, o en conexión con tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos;
- Cualquier atención de la vista hasta el punto que los beneficios sean pagaderos por el servicio o suministro bajo cualquier otro seguro del Plan.

IX. COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

A. INFORMACIÓN GENERAL

El Plan provee cobertura de medicamentos con receta *solo para medicamentos genéricos* para usted y sus dependientes, que está sujeta al copago correspondiente indicado en la Lista de beneficios de medicamentos con receta. Siempre que sea posible, la farmacia surtirá medicamentos genéricos. **El Plan pagará el costo de medicamentos de marca únicamente si no hay un equivalente genérico disponible.** Si usted o su médico insisten en un medicamento de marca habiendo un equivalente genérico, usted será responsable de pagar la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el de marca.

Cuando necesite un medicamento con receta, usted o su dependiente elegible deberán presentar en la farmacia su tarjeta de medicamentos y la receta. Al recibir el medicamento, debe firmar un formulario de reclamación (que le proveerá la farmacia) para indicar que recibió el medicamento. Si, por algún motivo, tiene que pagar el costo total del medicamento con receta en la farmacia (por ejemplo, si no tiene su tarjeta de medicamentos con receta), puede comunicarse con la Oficina del Fondo y pedir un formulario de reembolso.

B. LIMITACIONES

A continuación, hay una lista de las limitaciones en la cantidad de los medicamentos con receta:

- La cantidad de medicamento (incluida la insulina) que se puede surtir por receta es un suministro máximo de 30 días por Medicamentos con Receta comprados en una farmacia, o un suministro de 90 días por Medicamentos con Receta pedidos por correo o en una farmacia CVS;
- Las recetas de medicamentos para la disfunción eréctil (por ejemplo, Viagra, Cialis, etc.) se limitará a cinco (5) píldoras al mes.

C. EXCLUSIONES

A continuación, hay una lista de algunos servicios de medicamentos con receta, suministros y gastos que **no se cubren**:

- Dispositivos o aparatos terapéuticos (es decir, agujas hipodérmicas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, salvo que se cubran los suministros para la diabetes);
- Medicamentos que se toman o administran mientras esté en el hospital;
- Medicamentos por los cuales se puede recuperar el costo bajo una ley de compensación a trabajadores por accidentes en el trabajo u ocupacionales, o de una agencia estatal o gubernamental;
- Medicamentos suministrados por cualquier otro plan de medicamentos o médico por el cual no se cobra al beneficiario;
- Cualquier medicamento excluido del formulario de CVS/Caremark, salvo por autorización previa (consulte la Sección F a continuación);
- Cualquier medicamento con una etiqueta de "Advertencia—Limitado por la ley federal para fines de investigación" o medicamentos experimentales aunque se les cobren al paciente.

- Sueros antialérgicos;
- Productos cosméticos (por ejemplo, Botox Cosmetic, soluciones de despigmentación, estimulantes para el crecimiento del cabello, soluciones de remoción del vello, etc.);
- Suplementos nutricionales;
- Dispositivos recetados, salvo los dispositivos respiratorios;
- Vacunas / toxoides;
- Medicamentos inyectables para la disfunción eréctil;
- Medicamentos para dejar de fumar (por ejemplo, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, parche de nicotina, atomizador de nicotina, etc.);
- Suministros de terapia respiratoria (por ejemplo, cámaras de retención / Inspirease / espaciadores, flujómetros, etc.)

D. SURTIDO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Surtir según recetado

El plan ofrece ciertos beneficios de medicamentos recetados para los participantes y sus dependientes a través de su administrador de beneficios de farmacia, Caremark. Muchos medicamentos recetados de marca tienen un equivalente genérico que tiene los mismos componentes químicos que el medicamento de marca y son igualmente eficaces. Sin embargo, los medicamentos genéricos a menudo son alternativas más económicas a los de marca. Si un participante o un dependiente presentan una receta de su médico para la cual hay un equivalente genérico, la farmacia participante sustituirá con el equivalente genérico el medicamento de marca, a menos que el médico solicite específicamente que se le surta el medicamento de marca en lugar del genérico. Si se surte el medicamento de marca, el Plan solo pagará el precio del genérico y usted será responsable de la diferencia en costo. La sustitución con el medicamento genérico ofrecerá ahorros en el costo del medicamento tanto al Plan como al participante.

Terapia por Etapas con medicamentos genéricos (vigente a partir del 1 de enero de 2015)

Este programa les ayuda a usted y a su médico a elegir un medicamento genérico de más bajo costo como PRIMERA ETAPA del tratamiento de su afección médica. Solo porque un medicamento cueste más, eso no significa que funcione mejor. Algunas afecciones médicas tienen muchas opciones de tratamiento que varían en costos. La Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos ayuda a garantizar que primero se usen medicamentos eficaces y a buen precio.

Con la Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos, si usted elige quedarse con su medicamento de marca actual de más alto costo, es posible que tenga que pagar el precio completo si no ha probado una opción genérica para el tratamiento de su afección médica. En el caso de algunas afecciones médicas, es posible que tenga que probar dos opciones genéricas. El Fondo solo cubrirá el medicamento de marca, si las opciones genéricas no son eficaces.

Puede informarse más sobre la Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos de un vídeo corto: www2.caremark.com/sitetour/steptherapy/. También puede visitar Caremark.com y

hacer clic en "Find Savings and Opportunities" (Encontrar Ahorros y Oportunidades) O llamar al número gratuito al dorso de su tarjeta de identificación para recetas.

Incentivo para Genéricos

Si está tomando un medicamento de marca y hay uno equivalente genérico que esté disponible, el farmacéutico le preguntará si desea cambiar al equivalente genérico. Si está de acuerdo en cambiar al equivalente genérico, el primer surtido genérico se hará sin costo alguno para usted. Los surtidos de medicamentos subsiguientes se cobrarán al precio del copago de medicamentos recetados genéricos, \$10 – para los participantes de la Clase I y Caring Heart, o \$15 – para los participantes de la Clase II.

E. MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO

Los medicamentos de mantenimiento se deben comprar en farmacias CVS o mediante el programa de pedidos por correo. "Medicamentos de mantenimiento" son aquellos que se recetan por un período prolongado y son necesarios para mantener la buena salud. Entre éstos figuran los administrados para tratar la hipertensión, la diabetes y la artritis. Se le permitirá comprar un suministro de menos de 90 días de un medicamento de mantenimiento únicamente dos veces. Después de ello, se le requerirá comprar un suministro de 90 días en una farmacia CVS o mediante el programa de pedidos por correo.

F. PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA

CVS/Caremark ha excluido de la cobertura ciertos medicamentos con receta. Por lo general, se trata de medicamentos de marca para los cuales existen alternativas menos costosas. Puede obtener una lista de los medicamentos excluidos en la Oficina del Fondo. La lista de medicamentos excluidos está sujeta a cambios. De conformidad con la sección C anterior, este Fondo proveerá cobertura por estos medicamentos que de otro modo quedan excluidos únicamente si el médico que receta obtiene autorización previa de CVS/Caremark al indicar que el medicamento en particular es clínicamente necesario para el paciente.

Medicamentos Compuestos (vigente a partir del 1 de enero de 2015):

Se requiere autorización previa para todas las recetas de medicamentos compuestos que cuesten \$300 o más. Los compuestos pueden contener sustancias que no han sido sometidas a rigurosas pruebas de seguridad o eficacia, y no todos los compuestos han sido aprobados por la FDA para uso por la vía de administración recetada. La exclusión de ciertos ingredientes y la determinación de cobertura por medio de un proceso de autorización previa ayuda a garantizar que la cobertura esté disponible para ingredientes compuestos que sean seguros y tengan probabilidad de ser eficaces para el uso propuesto. La cobertura de ciertas sustancias químicas de compuesto (polvos y bases de compuesto a granel) será excluida del beneficio de receta médica. Los fármacos compuestos se limitan a un surtido por mes, a menos que sean médicalemente necesarios.

Su médico puede solicitar información adicional u optar por iniciar el proceso de autorización previa en nombre suyo llamando al (800) 294-5979.

G. MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS (VIGENTE EL 1 DE ENERO DE 2015)

En algunas ocasiones, ciertas afecciones médicas requieren que se usen medicamentos especiales, lo cual es sumamente costoso para el Plan. Un medicamento especializado es uno que se deriva biológicamente y que se encuentra en la lista de medicamentos especializados que mantiene su administrador de beneficios de medicamentos, CVS Caremark. Para controlar el uso de Medicamentos Especializados por los participantes, el Plan participa en el “Programa de Reglas de Control del Uso de Medicamentos Especializados con el Plan de Diseño Preferido” de Caremark. Mediante este programa, todos los medicamentos especializados se surtirán a través de farmacias dedicadas de Caremark. Puede encontrar una lista de las farmacias de medicamentos especializados de Caremark en: www.caremark.com. El Diseño de Plan Preferido exige que use medicamentos especializados de más bajo costo antes de probar los medicamentos más costosos (de manera similar al programa de Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos explicado anteriormente).

X. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD, SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

A. BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Los beneficios semanales por accidente y desmembramiento son pagaderos a los Empleados que califiquen en caso que queden discapacitados o no puedan trabajar debido a un accidente o una enfermedad no ocupacional para el cual no existan beneficios bajo la ley de compensación a los trabajadores. No tiene que estar recluido en su casa para cobrar este beneficio, pero tiene que haberlo examinado y estar bajo cuidado de un médico durante el período que dure su discapacidad.

Los beneficios semanales a los que tiene derecho comenzarán el *primer* (1º) día de la discapacidad causada por un accidente y en el *octavo* (8º) día de la discapacidad causada por una enfermedad. Estos beneficios serán pagaderos por un período máximo de quince (15) semanas durante cualquier período consecutivo de dos semanas. Consulte el Programa de Beneficios para determinar la cantidad de cobertura que tiene derecho a recibir. Los pagos se realizarán por todos los períodos de discapacidad individuales que ocurran, sujetos al límite máximo de cincuenta y dos semanas descrito anteriormente. Los períodos sucesivos de discapacidad separados por menos de dos (2) semanas de trabajo activo de tiempo completo, se considerarán un período de discapacidad a menos que el período subsiguiente de discapacidad se deba a una lesión o enfermedad completamente independiente a la causa de la discapacidad anterior. Los participantes son elegibles para recibir los Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad solamente si se establece en el convenio colectivo de trabajo o el acuerdo de participación, y solamente si la tasa de contribución de la Empresa es suficiente para cubrir el costo de este beneficio según lo determine la Junta Directiva.

Todas las reclamaciones para estos beneficios deberán estar acompañadas por copias de los talones de nómina de la Empresa, que cubran el período más reciente de ocho semanas de empleo anteriores a la discapacidad. Las reclamaciones de Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad no se procesarán sin talonarios de pago actuales.

B. SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS POR MUERTE

En caso de que usted o sus Dependientes fallezcan mientras califiquen para los beneficios bajo el Plan, el beneficiario nombrado recibirá un beneficio de cantidad global por fallecimiento de conformidad con la cantidad mostrada en el Programa de Beneficios. Si no hay un beneficiario nombrado en el archivo de la Oficina del Fondo, el pago se hará directamente en el orden siguiente: (i) a su Cónyuge sobreviviente, si corresponde; (ii) a sus hijos sobrevivientes si no hay un Cónyuge sobreviviente; o (iii) a su patrimonio sucesorio si no existe un Cónyuge ni hijos que lo sobrevivan. El pago a un niño pequeño puede hacerse al tutor legal del niño.

Los beneficios de seguro de vida para Empleados están asegurados; los beneficios a Dependientes por fallecimiento son autofinanciados por el Fondo.

Los beneficios por fallecimiento para dependientes no aplican a los empleados del Plan A, Clase II. Todas las coberturas de seguro de vida y beneficios por fallecimiento no aplican a los empleados a tiempo parcial de Caring Heart.

C. SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

El Plan provee seguro AD&D solo a los empleados elegibles. El seguro AD&D provee beneficios por fallecimiento accidental, pérdida de extremidades, la vista, el habla y la audición, incluidas las pérdidas de audición resultantes de accidentes de trabajo. La cantidad máxima de seguro que proporciona el Plan se muestra en el Programa de Beneficios que comienza en la página 21.

La suma principal total a la que tiene derecho se pagará por:

- la pérdida accidental de la vida (además del seguro de vida descrito en la sección B anterior)
- la pérdida accidental de ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos
- la pérdida accidental de una mano y un pie
- la pérdida accidental de una mano o un pie y la vista de un ojo
- la pérdida accidental del habla y la audición en ambos oídos
- Cuadriplejía

Se pagará la mitad de la suma principal por:

- la pérdida accidental de una mano o un pie o la vista de un ojo
- Paraplejía
- Hemiplejía

Se pagará un cuarto de la suma principal por:

- la pérdida accidental del pulgar y el dedo índice de la misma mano
- la pérdida accidental del habla
- la pérdida accidental de la audición en ambos oídos.

La pérdida de las manos o los pies significa una pérdida por amputación física permanente al nivel o por encima del nivel de la muñeca o el tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista. La pérdida del habla y la audición significa la pérdida total y permanente del habla y la audición. La pérdida del pulgar y el dedo índice significa la pérdida por amputación física permanente y completa.

Cuadriplejía significa parálisis total de las cuatro extremidades. Paraplejía significa parálisis total de ambas extremidades inferiores. Hemiplejía significa parálisis de un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo. La parálisis debe ser el resultado de una lesión a la espina dorsal debida a un accidente. Los beneficios de AD&D no se proveen por ninguna parálisis que haya resultado de un derrame cerebral o por la pérdida del uso de una mano o pie, o de un pulgar y dedo índice.

Si ocurren más de dos de dichas pérdidas en un accidente, el Plan pagará solamente el beneficio más grande que se indique en el Programa de Beneficios.

D. EXCLUSIONES DE AD&D

El Plan no pagará beneficios por AD&D si la pérdida es ocasionada por:

- suicidio o una lesión intencional autoinfligida, mientras estaba o no estaba en sus facultades.
- una enfermedad física o mental.

- una infección bacteriana o envenenamiento bacteriano. Excepción: una infección resultante de una cortadura o herida ocasionada por un accidente.
- viajar o descender de una aeronave en calidad de piloto o miembro de la tripulación.
- cualquier conflicto armado, sea o no sea una guerra declarada, que implique algún país o gobierno.
- una lesión sufrida mientras prestaba servicio militar para cualquier país o gobierno.
- una lesión sufrida mientras cometía o intentaba cometer un delito.
- uso voluntario de cualquier estupefaciente, narcótico o sustancia alucinógena-
 - a menos que lo haya recetado un médico.
 - que sea ilegal.
 - que no se tome según las instrucciones del médico o fabricante.
- intoxicación; es decir que el contenido de alcohol en la sangre alcanza o excede de la presunción legal de intoxicación conforme a las leyes del estado en el que ocurrió el accidente.

XI. EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA

A menos que el Plan disponga específicamente otra cosa, no se pagarán beneficios bajo este plan por ningún gasto, cargo ni cuota incurrida en relación con ninguno de los siguientes asuntos:

- Los servicios o suministros que estén cubiertos por la ley de compensación a los trabajadores u otra similar;
- Los servicios o suministros que no se le cobrarían si no tuviera ninguna cobertura Médica y los que no tenga que pagar por ley;
- Los servicios o suministros que no recomiende su médico;
- La terapia ocupacional y del habla;
- El tratamiento para la infertilidad;
- Los servicios que no sean necesarios por razones médicas;
- Gastos que exceden los Cargos Permitidos;
- Los cargos causados por actos de guerra, una lesión o enfermedad mientras es miembro de las Fuerzas Armadas;
- Los cargos por servicios o suministros que se le proporcionen, se paguen o adquieran de otra manera por razones de servicio pasado o presente de cualquier persona de las Fuerzas Armadas del gobierno;
- Los cargos por servicios o suministros que se paguen o provean por una ley de gobierno;
- Los cargos por servicios y suministros que no sean necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad, no estén recomendados y aprobados por un cirujano o médico calificado legalmente (excepto según se disponga específicamente en el documento presente);
- Los cargos hechos por una clínica de reposo o cualquier institución (o parte de alguna) que se use principalmente para la convalecencia, el cuidado de enfermería o el reposo de personas mayores;
- La atención de custodia que no sea para tratar una lesión o enfermedad específica, o cualquier tipo de educación o capacitación;
- Los cargos de un proveedor de atención médica o médico que sea miembro de su familia inmediata o viva con usted;
- Cargos de cualquier tipo para la atención médica a domicilio, con la excepción de diálisis renal realizada en la residencia de un Participante diagnosticado con insuficiencia renal terminal.
- Análisis y asesoramiento genéticos, excepto en conexión con el análisis de fluidos/tejidos extraídos como resultado de amniocentesis, muestras de vellosidades coriónicas (CVS, por sus siglas en inglés) y análisis de alfafetoproteína (AFP) en mujeres embarazadas cubiertas, y únicamente así si el procedimiento es Médicamente Necesario según la determinación del Plan;
- Los cargos en relación con la atención, el tratamiento o las cirugías que se realicen para fines cosméticos a menos que se incurra en dichos gastos a causa de un accidente, excepto en la

medida que de otra manera requiera la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 o la Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996;

- Los problemas de la articulación temporomandibular (TMJ);
- Los gastos para fines de comprar o ajustar audífonos;
- Los artículos para la comodidad personal;
- Los cargos por lesiones que sean causadas por algún empleo, o durante la realización del mismo a cambio de un sueldo o beneficio;
- El tratamiento médico experimental o de investigación;
- Los cargos de un practicante de medicina de un hospital;
- Los cargos por servicios médicos debidos a un intento de suicidio o lesión autoinfligida, a menos que estén relacionados con un trastorno físico o mental.
- Los cargos que no estén listados como Gastos Cubiertos en este Resumen de la Descripción del Plan, a menos que su pago esté aprobado por la Junta Directiva o el Administrador antes de que efectivamente se proporcionen los servicios.

XII. PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

A. DEFINICIÓN DE RECLAMACIÓN

Una "reclamación" es una solicitud hecha por usted o su representante autorizado para recibir el pago de los beneficios del Plan, hecha de conformidad con los procedimientos razonables del Plan.

Las preguntas ocasionales relacionadas con los beneficios o las circunstancias bajo las cuales pudieran pagarse beneficios no se considerarán reclamaciones. Tampoco se considera una reclamación una solicitud que sea para determinar si una persona es elegible para recibir beneficios bajo el Plan. Sin embargo, si un reclamante presenta una reclamación por beneficios específicos y dicha reclamación se niega porque la persona no es elegible para recibir los beneficios del Plan, la determinación de cobertura se considera una reclamación.

La presentación de una receta en una farmacia no constituye una reclamación en la medida que los beneficios se determinan sobre la base del costo y las reglas de cobertura predeterminadas por el Plan. De manera similar, las interacciones entre los participantes y los médicos y hospitales dentro de la red PPO de BlueCross Blue Shield no constituyen reclamaciones en casos en los que los proveedores no ejercen discreción en nombre del Plan. Si un médico, hospital o farmacia rehúsan prestar servicios o se niegan a surtir una receta a menos que el participante pague el costo total, el participante deberá presentar una reclamación posterior al servicio por los servicios y la receta, según se describe en la sección "Determinación de una reclamación de beneficios" a continuación.

B. CÓMO SE PAGAN LOS BENEFICIOS

En general, la Oficina del Fondo tomará en consideración su reclamación de beneficios médicos, dentales, de la vista, del seguro de vida, del seguro por muerte accidental y desmembramiento, y semanales por accidente y enfermedad al recibir un formulario de reclamación debidamente completado. No obstante, las reclamaciones concurrentes previas al servicio, para prolongar el tratamiento aprobado para atención urgente y las reclamaciones por atención urgente se pueden hacer por teléfono llamando a American Health Holdings al (800) 641-5566. No hay que presentar reclamaciones para obtener sus medicamentos con receta en una farmacia que participa en la red de Caremark.

Generalmente, un formulario de reclamación completo contiene la prueba necesaria para la reclamación; no obstante, a veces es necesario obtener información o historiales adicionales. Si se proveen servicios a través de la red PPO de BlueCross Blue Shield, el proveedor de atención médica puede proveer la prueba de reclamación directamente al Plan o puede completar el formulario de reclamación correspondiente y entregárselo a usted para que lo presente al Plan. Sin embargo, usted será responsable de pagarle al proveedor de atención médica cualquier coaseguro o copago correspondientes.

C. CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Puede obtener formularios de reclamación en la Oficina del Fondo. El formulario de reclamación debe llenarse completamente para cada miembro de la familia, inclusive toda la información y facturas de los médicos, los hospitales u otros proveedores de servicio y enviarse a la Oficina del Fondo a la siguiente dirección:

Man-U Service Contract Health and Welfare Trust Fund

c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Teléfono: (410) 872-9500

D. PLAZO LÍMITE PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Todas las reclamaciones deben presentarse a la Oficina del Fondo dentro de un plazo de doce (12) meses de la fecha de los servicios; de otro modo, se denegará su reclamación. El no presentar esta reclamación posterior al servicio dentro del plazo especificado no invalidará ni reducirá la reclamación, si no fue razonablemente posible presentar esa reclamación dentro del plazo especificado.

E. DERECHO A TENER UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si así lo desea, puede nombrar a un representante autorizado para que actúe en su nombre para fines de presentar una reclamación y solicitar una revisión de una reclamación denegada. Puede también simplemente elegir ser su propio representante. No obstante, para poder usar un representante autorizado (esta persona puede ser un abogado, pero no tiene que serlo) debe notificarle a la Oficina del Fondo por adelantado y por escrito el nombre, la dirección y el número telefónico del representante autorizado. En el caso de una reclamación de atención urgente, un profesional de atención médica con conocimiento de su afección médica (por ejemplo, el médico que lo está tratando) puede actuar como su representante autorizado sin que usted tenga que notificar a la Oficina del Fondo de la designación de representante autorizado.

F. DETERMINACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS

Las determinaciones de reclamaciones de beneficios variarán según el tipo de reclamación. El período dentro del cual el Plan debe hacer una determinación de beneficios comienza en el momento en que se presenta la reclamación conforme a los procedimientos del Plan, independientemente de que toda la información necesaria se haya incluido en la reclamación. Sírvase leer detenidamente cada sección para determinar cuál procedimiento corresponde a su solicitud de beneficios.

1. Reclamaciones por atención médica, dental, de la vista o por recetas

El Plan distingue entre cuatro tipos de reclamaciones que se clasifican según su urgencia. Por lo general, las reclamaciones por atención dental, de la vista y por recetas se manejarán como reclamaciones posteriores al servicio. Reclamación previa al servicio.

Reclamación previa al servicio

Una reclamación previa al servicio es una reclamación de beneficios por la cual el Plan exige la aprobación previa del beneficio (total o parcial) antes de obtener la atención médica. Las preguntas ocasionales relacionadas con los beneficios o las circunstancias bajo las cuales pudieran pagarse beneficios no se consideran reclamaciones previas al servicio. Bajo este Plan, se requiere obtener la aprobación previa de los servicios para aquellos servicios médicos indicados en el Artículo VI de este folleto. Las reclamaciones previas al servicio se deben presentar telefónicamente llamando a American Health Holdings al (800) 641-5566.

Importante: Si no certifica previamente estos servicios, se aplicarán las multas correspondientes (vea el Artículo VI).

En el caso de reclamaciones previas al servicio presentadas debidamente, le notificarán la decisión dentro de un plazo de *15 días* de haberse recibido la reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede prorrogar hasta por *15 días* adicionales si es necesario debido a situaciones fuera del control de American Health Holdings. Si es necesario prorrogar la decisión, antes de que transcurra el *período inicial de 15 días*, le notificarán las circunstancias que requieren esta prórroga y la fecha para la cual el Plan espera tener la decisión.

Si es necesario prorrogar la decisión porque American Health Holdings necesita información adicional de usted, el aviso de prórroga especificará la información que necesita. En ese caso, usted tendrá *45 días* de la fecha de recepción de la notificación para proporcionar la información adicional. Si no provee la información dentro del plazo correspondiente, le denegarán su reclamación. Durante el período en el cual se le permite proporcionar la información adicional, se suspenderá el período regular de toma de decisión sobre la reclamación desde la fecha de la notificación de prórroga hasta que transcurran *45 días* o en la *fecha en que usted responda la solicitud* (lo que ocurra primero). American Health Holdings entonces tiene *15 días* para tomar la decisión sobre la reclamación previa al servicio y notificarle de su decisión.

Si llena incorrectamente una reclamación previa al servicio, American Health Holdings le notificará de ello tan pronto como sea posible, pero a más tardar *5 días* después de recibir la reclamación, sobre los procedimientos correctos que debe seguir al presentar una reclamación. Recibirá notificación sobre una reclamación previa al servicio no presentada correctamente únicamente si la reclamación incluye (i) su nombre, (ii) su afección médica o síntoma específico y (iii) el tratamiento, servicio o producto específico por los cuales se solicitó la aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no se considerará una reclamación.

Atención urgente

Una reclamación de atención urgente es cualquier reclamación previa al servicio de atención médica o tratamiento que se debe procesar rápidamente para evitar poner en grave peligro su vida o salud, o su habilidad de recobrar la máxima función. Además, las reclamaciones de atención urgente incluyen reclamaciones previas por servicios que, en la opinión de su médico, lo someterían a un dolor severo que no se podría controlar sin la atención o el tratamiento solicitados en la reclamación.

Se determina si su reclamación se considera una reclamación de atención urgente a juicio de una persona prudente que no es un profesional médico pero posee conocimientos promedio sobre salud y medicina. Sin embargo, cualquier reclamación que un médico que tenga conocimiento de su estado médico determine que es una reclamación urgente, según el significado descrito anteriormente, será tratada como una reclamación de atención urgente.

Las reclamaciones de atención urgente, que pueden incluir certificaciones previas de hospitalizaciones, se deben presentar de la misma manera que las reclamaciones previas al servicio, llamando a American Health Holdings al (800) 641-5566.

En el caso de reclamaciones de atención urgente completadas correctamente, se le notificará la decisión por escrito o por teléfono a la mayor brevedad posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar *72 horas* de haberse recibido la reclamación. Si le notifican por teléfono, la determinación también será confirmada por escrito a más tardar 3 días después de la notificación telefónica.

Si una reclamación de atención urgente se recibe sin información suficiente para determinar si, o en cuál medida, están cubiertos o son pagaderos los beneficios, se le notificará de la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero a más tardar 24 horas después de haber recibido la reclamación. Usted debe proveer la información específica dentro de un plazo de 48 horas de haber recibido la notificación de proporcionar la información adicional. Si no provee la información dentro del plazo correspondiente, le denegarán su reclamación.

Durante el período en el que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá la fecha límite regular para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende desde la fecha de la notificación de prórroga hasta que transcurran 48 horas o hasta la fecha en que usted responda a la solicitud, lo que ocurra primero. Se proveerá la notificación de la decisión a más tardar 48 horas después de recibir la información específica o al concluir el período de 48 horas que se le dio para proveer esta información, lo que ocurra primero.

Si llena incorrectamente una reclamación de atención urgente, le notificarán tan pronto como sea posible, pero a más tardar *24 horas* después de recibir la reclamación, sobre los procedimientos correctos que debe seguir al presentar una reclamación de atención urgente. Recibirá notificación sobre una reclamación previa al servicio no presentada correctamente únicamente si la reclamación incluye (i) su nombre, (ii) su afección médica o síntoma específico y (iii) el tratamiento, servicio o producto específico por los cuales se solicitó la aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar de la manera correcta, no se considerará una reclamación.

Reclamaciones concurrentes

Una reclamación concurrente es una reclamación que se vuelve a considerar después de haberse dado una aprobación inicial y que resulta en la reducción, terminación o prolongación de un beneficio. (Un ejemplo de este tipo de reclamación es una hospitalización aprobada originalmente para cinco días que se revisa al cabo de tres días para determinar si los cinco días completos es adecuado.) En esta situación, la decisión de reducir, terminar o prolongar el tratamiento se hace de manera concurrente con la provisión del tratamiento.

La reconsideración de un beneficio con respecto a una reclamación concurrente que implica una terminación o reducción de un beneficio aprobado previamente (que no se deba a una enmienda o la cancelación del Plan) se hará tan pronto como sea posible, y en todo caso con tiempo suficiente para permitirle apelar y recibir una decisión antes de que el beneficio se reduzca o cancele.

Toda solicitud para *prolongar* un tratamiento de atención urgente aprobado se debe presentar de la misma manera que una reclamación de atención urgente llamando a American Health Holdings al (800) 641-5566. Le notificarán la decisión a más tardar *24 horas* de haberse recibido la reclamación, siempre y cuando la reclamación se reciba por lo menos *24 horas* antes de que venza el tratamiento aprobado. Si no se hace la

reclamación por lo menos *24 horas* antes de vencer el tratamiento aprobado, la solicitud deberá tramitarse como una reclamación de atención urgente y tomarse una decisión sobre la misma conforme a los plazos de una reclamación de atención urgente. La decisión sobre una solicitud para prolongar un tratamiento aprobado que no implique una reclamación de atención urgente se tomará conforme a los plazos para reclamaciones previas al servicio o posteriores al servicio, según corresponda.

Reclamaciones posteriores al servicio

Una reclamación posterior al servicio es una reclamación que no es previa al servicio, de atención urgente o concurrente (por ejemplo, una reclamación presentada para pago después de haber recibido el tratamiento y los servicios médicos).

Una reclamación posterior al servicio se debe presentar por escrito en la Oficina del Fondo dentro de un plazo de doce (12) meses de la fecha de los servicios; de otro modo, se denegará su reclamación. Puede obtener un formulario comunicándose con la Oficina del Fondo. Si se proveen beneficios médicos a través de una red PPO, el proveedor de atención médica de la red PPO podría presentar la reclamación posterior al servicio directamente a la Oficina del Fondo.

Generalmente, la Oficina del Fondo le notificará sus decisiones sobre reclamaciones posteriores al servicio a más tardar 30 días después de recibir la reclamación. El Plan podría prorrogar este período una vez hasta por 15 días si es necesario debido a situaciones fuera del control del Plan. Si es necesario prorrogar la decisión, antes de que transcurra el período inicial de 30 días, le notificarán las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha para la cual el Plan espera tener la decisión.

Si es necesario prorrogar la decisión porque el Plan necesita información adicional de usted, el aviso de prórroga especificará la información que necesita. En ese caso, usted tendrá *45 días* de la fecha de recepción de la notificación para proporcionar la información adicional. Si no provee la información dentro del plazo correspondiente, le denegarán su reclamación. Durante el período de *45 días* en el que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá la fecha límite regular para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende desde la fecha de la notificación de prórroga hasta que transcurran *45 días* o hasta *la fecha en que usted responda a la solicitud*, lo que ocurra primero. El Plan entonces tiene *15 días* para tomar la decisión sobre la reclamación y notificarle dicha decisión.

2. *Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad, y reclamaciones de dependientes al seguro de vida*

Las reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad y las reclamaciones de los dependientes al seguro de vida (consulte la próxima sección para información sobre reclamaciones del empleado al seguro de vida) se deben presentar por escrito en la Oficina del Fondo. Si se ha denegado total o parcialmente su reclamación de cualquiera de estos beneficios, se le notificará por escrito dentro de un plazo de 45 días después de que la Oficina del Fondo reciba su reclamación. Si, por motivos fuera de su control, el Plan necesita más tiempo para revisar su reclamación, podría tomar otros 30 días. Si se necesita tiempo adicional, se le enviará una notificación acerca de esta prórroga antes de que transcurra el período inicial de 45 días en el que se expliquen específicamente las circunstancias que requieren la prórroga, la fecha en que se espera se rinda la decisión, las normas en que se basan los derechos para recibir beneficios, las

cuestiones no resueltas que evitan se tome una decisión sobre la reclamación y la información adicional necesaria para resolver estas cuestiones.

El Plan tiene un segundo período de 30 días de prórroga en caso de que el Plan determine que es necesario prorrogar la decisión porque, por motivos fuera del control del Plan, no se puede tomar durante el primer período de prórroga. Si es necesario prorrogar por segunda vez, el aviso de la segunda prórroga se le enviará antes de que transcurra el primer período de prórroga de 30 días y ese incluirá los mismos requisitos de notificación indicados en el párrafo anterior. Bajo ninguna circunstancia las prórrogas del Plan excederán de 105 días de la fecha de presentación de su reclamación original.

Si es necesario prorrogar la decisión porque el Plan necesita información adicional de usted, el aviso de prórroga especificará la información que necesita. En ese caso, usted tendrá 45 días de la fecha de recepción de la notificación para suministrar la información adicional. Si no provee la información dentro del plazo correspondiente, le denegarán su reclamación. Durante el período de 45 días en el que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá la fecha límite regular para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende desde la fecha de la notificación de prórroga hasta que transcurran 45 días o hasta la fecha en que usted responda a la solicitud, lo que ocurría primero. El Plan entonces tiene 15 días para tomar la decisión sobre la reclamación y notificarle de su decisión.

3. Reclamaciones al seguro de vida del empleado o por muerte accidental y desmembramiento

El seguro de vida y el seguro por muerte accidental y desmembramiento para los empleados cubiertos están completamente asegurados por una compañía de seguro de vida, actualmente ReliaStar Life. La compañía de seguro de vida es responsable de todas las reclamaciones y decisiones de apelación de la manera siguiente. La compañía de seguro de vida considerará su apelación si usted o su representante debidamente autorizado presentan una solicitud por escrito. En el transcurso de esta apelación, usted puede revisar los documentos relevantes y presentar a la aseguradora de vida comentarios por escrito, documentos, expedientes y otra información relacionada con la reclamación. La revisión de la denegación de la reclamación y las decisiones finales son responsabilidad de la compañía de seguro de vida. Su solicitud de apelación se tiene que enviar por correo y ser entregada dentro de un plazo de 60 días de la fecha de denegación de la reclamación. La compañía de seguro de vida responderá su solicitud a más tardar 60 días de la fecha de su apelación.

G. NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN SOBRE UNA RECLAMACIÓN

Si le niegan total o parcialmente su reclamación, recibirá una notificación por escrito sobre la denegación de una reclamación. No obstante, en el caso de reclamaciones de atención urgente y reclamaciones concurrentes para prolongar el tratamiento de atención urgente aprobado, es posible que le notifiquen de la denegación de una reclamación por teléfono, siempre y cuando le provean una notificación por escrito a más tardar 3 días después de la notificación telefónica. Esta notificación indicará:

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

- Una descripción de los procedimientos de apelación (entre ellos apelaciones voluntarias, de haberlas) y los plazos límite aplicables.
- Una declaración de su derecho a entablar una acción civil conforme a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de haber recibido una decisión adversa de beneficios al cabo de una revisión.
- En el caso de reclamaciones de atención urgente, la notificación describirá el proceso de apelación acelerada aplicable a reclamaciones de atención urgente.
- Respecto de reclamaciones que no sean al seguro de vida o por muerte accidental y desmembramiento:
 - Si la decisión de su reclamación se basó en una regla, directriz o protocolo internos, recibirá una declaración de que la regla está disponible gratuitamente, a solicitud suya.
 - Si la determinación se basó en la falta de necesidad médica, o en que el tratamiento fue experimental o para fines de investigación, o en otra exclusión similar, usted recibirá una declaración que indica que la explicación del juicio científico o clínico empleado para tomar la decisión aplicando los términos del Plan a su reclamación está disponible gratuitamente, a solicitud suya.

Nota: En el caso de reclamaciones de atención urgente y reclamaciones previas al servicio, recibirá un aviso de la determinación aunque se apruebe la reclamación.

H. SOLICITUD DE REVISIÓN DE UNA RECLAMACIÓN DENEGADA

Si se deniega su reclamación total o parcialmente, o si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre una reclamación, usted o su representante autorizado pueden solicitar que se revise la reclamación.

- Tiene 180 días de la fecha en que reciba la notificación de la decisión inicial para apelar reclamaciones médicas, dentales, de la vista, por medicamentos o beneficios semanales por accidente y enfermedad. No obstante, en el caso de una reclamación concurrente que implique la cancelación o reducción de atención aprobada previamente, la apelación se debe completar antes de que se cancele o reduzca la atención.
- Tiene 60 días de la fecha en que reciba la notificación de la decisión inicial para apelar reclamaciones al seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento.

Excepto según se indica a continuación, su solicitud de revisión se debe hacer por escrito a la Junta de Síndicos y entregarse o enviarse por correo a la Oficina del Fondo.

- Las apelaciones que impliquen reclamaciones previas al servicio y concurrentes se deben hacer por escrito y entregarse o enviarse por correo a American Health Holdings, 100 West Old Wilson Bridge Road, Worthington, OH 43085, (800) 641-5566.
- Las apelaciones que impliquen reclamaciones de atención urgente, así como toda reclamación concurrente que solicite la prolongación de un tratamiento de atención urgente aprobado, pueden hacerse por escrito y entregarse o enviarse por correo a American Health Holdings en la dirección indicada anteriormente, o por teléfono, fax u otro método rápido similar disponible.

- Las apelaciones que impliquen reclamaciones concurrentes previas al servicio que no impliquen una reclamación de atención urgente se deben presentar por escrito a American Health Holdings. Las apelaciones que impliquen reclamaciones concurrentes posteriores al servicio que no impliquen una reclamación de atención urgente se deben presentar por escrito a American Health Holdings.

I. PROCESO DE REVISIÓN

Usted tiene derecho, a solicitud suya y gratuitamente, a recibir acceso razonable y copias de todos los documentos "relevantes" para su reclamación. Un documento, registro o demás información son relevantes si:

- se usaron para tomar la decisión;
- fueron presentados, considerados o generados durante el transcurso de la toma de una decisión referente al beneficio (independientemente de se haya dependido de ellos);
- demuestran cumplimiento con los procesos administrativos para garantizar uniformidad en la toma de decisiones; o
- con respecto de las reclamaciones que no sean al seguro de vida o por muerte accidental y desmembramiento, constituyen una declaración de la política del Plan respecto del tratamiento o servicio denegados.

Durante la revisión se tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, expedientes y demás información presentada por usted en relación con la reclamación (independientemente de que dicha información haya sido presentada o considerada en la decisión de beneficios inicial).

Respecto de reclamaciones que no sean al seguro de vida o por muerte accidental y desmembramiento:

- A solicitud suya, le proveerán la identidad de los expertos médicos o vocacionales que asesoraron a la entidad responsable de la determinación inicial de su reclamación, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para tomar la decisión sobre su reclamación.
- Otra persona que no fue parte de las que denegaron la reclamación originalmente revisará su reclamación. El revisor no dará preferencia a la determinación de beneficios adversa inicial. La decisión se tomará sobre la base del expediente, incluidos los documentos y comentarios adicionales que usted haya presentado.
- Si se denegó su reclamación sobre la base de un juicio médico (como la determinación de si un tratamiento o servicio no es médicalemente necesario o es de carácter experimental), se consultará a un profesional médico capacitado y con experiencia correspondiente en un campo relevante de la medicina.

J. PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE UNA DECISIÓN BAJO APELACIÓN

- Reclamaciones previas al servicio: American Health Holdings le enviará una notificación sobre una decisión revisada dentro de un plazo de 30 días de recibir la apelación.
- Reclamaciones de atención urgente: American Health Holdings le enviará una notificación sobre una decisión revisada dentro de un plazo de 72 horas de recibir la apelación.
- Reclamaciones concurrentes: Se le enviará un aviso de decisión revisada por una reclamación concurrente que implique la cancelación o la reducción de atención aprobada previamente

antes de que se cancele o reduzca dicha atención. Una notificación de la decisión revisada para una reclamación concurrente que implique la prolongación de la atención se enviará conforme a los plazos de atención urgente, reclamación previa al servicio o posterior al servicio, según la categoría que corresponda a la apelación.

- Reclamaciones al seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento: Las decisiones revisadas que impliquen reclamaciones al seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento se tomarán a más tardar 60 días después de recibir la solicitud de revisión del reclamante. Si el revisor necesita tiempo adicional debido a circunstancias especiales, y le notifica por escrito al reclamante antes de la prórroga sobre las circunstancias especiales y la fecha en la cual se hará una determinación, el revisor tendrá un máximo de 60 días del término del período inicial de 60 días para hacer una determinación sobre la revisión.
- Todas las demás reclamaciones: Habitualmente, las decisiones sobre apelaciones que impliquen todos los demás tipos de reclamación, entre ellas las reclamaciones posteriores al servicio, se tomarán durante la siguiente reunión regular programada de la Junta de Síndicos después de recibirse su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión se recibe dentro de un plazo de 30 días de la próxima reunión regular programada, dicha solicitud de revisión será contemplada durante la segunda reunión regular programada después de la fecha de recepción de su solicitud. Bajo circunstancias especiales, podría ser necesario prorrogarla hasta la tercera reunión regular programada después de la fecha de recepción de su solicitud. Le notificarán por escrito y por adelantado si es necesaria una prórroga. Una vez que se tome una decisión tras revisar su reclamación, se le notificará de la decisión tan pronto como sea posible pero a más tardar cinco días después de tomar la decisión.

K. NOTIFICACIÓN DE UNA DECISIÓN DESPUÉS DE REVISAR UNA APELACIÓN

La decisión sobre cualquier revisión de su reclamación se le proporcionará por escrito. La notificación de la denegación de una reclamación después de revisarla indicará:

- La razón o las razones específicas de la decisión
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la decisión
- Una declaración de que usted tiene derecho, a solicitud suya y gratuitamente, a recibir acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes para su reclamación
- Una declaración de su derecho de entablar una acción civil conforme a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de haber recibido una decisión adversa de beneficios al cabo de una revisión.
- Respecto de reclamaciones que no sean al seguro de vida o por muerte accidental y desmembramiento:
 - Una declaración de que si el Plan usó alguna regla, directriz o protocolo interno, estará disponible gratuitamente a solicitud suya.
 - Si la determinación se basó en necesidad médica, o en que el tratamiento fue experimental o para fines de investigación, u otra exclusión similar, usted recibirá una declaración que indica una explicación del juicio científico o clínico empleado para tomar la decisión aplicando los términos del Plan a su reclamación; está disponible gratuitamente a solicitud suya.

L. DECISIÓN DE LOS SÍNDICOS

La denegación de una solicitud o reclamación respecto de la cual se ha exonerado el derecho de revisión o respecto de la cual la decisión de la Junta de Síndicos, o de sus designados para fines de una petición de revisión, será definitiva y vinculante para todas las partes, entre ellas el solicitante, reclamante o demandante y cualquier otra persona que reclame con la solicitud, el reclamante o solicitante, y estará sujeta únicamente a una revisión judicial. Las disposiciones de esta sección se aplicarán a e incluirán cualesquier y todas las reclamaciones de beneficios del Fondo, así como cualquier reclamación o derecho que se reclame conforme al Plan o en contra del Fondo, independientemente de la base aseverada para la reclamación, sin importar cuándo haya ocurrido el acto o la omisión sobre la cual se basa la reclamación, y sin tomar en cuenta que el reclamante sea "participante" o "beneficiario" del Plan conforme al significado de esos términos según definidos por la ley ERISA.

M. LIMITACIÓN SOBRE CUÁNDO SE PUEDE ENTABLAR UNA DEMANDA ANTE UN TRIBUNAL

Usted no puede entablar una demanda ante un tribunal para obtener beneficios hasta después de que solicite una revisión y se haya tomado una decisión final después de la revisión, o hasta que haya transcurrido el plazo correspondiente descrito anteriormente desde que usted presentó la solicitud de revisión y usted no haya recibido una decisión o aviso final de que será necesario conceder prolongar el plazo para llegar a una decisión final. La ley también le permite proceder para solicitar desagravio conforme a la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación (Employee Retirement Income Security Act) sin agotar estos procedimientos de apelación, si el Plan no los ha seguido. No se podrá entablar ninguna demanda ante un tribunal después de transcurridos tres (3) años de haber concluido el año en el cual se proporcionaron los servicios médicos o dentales o, si la reclamación es por beneficios por discapacidad a corto plazo, más de 3 años después de comenzar la discapacidad.

XIII. COBERTURA DUPLICADA

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Muchas familias están cubiertas por más de un plan médico. Usted debe informar al Administrador de **todas** las coberturas que tenga disponibles cuando presente una reclamación. No proporcionar esta información demorará el pago de los beneficios.

La coordinación de beneficios (o COB) opera de manera que un plan médico (llamado el plan primario) pague los beneficios al principio. El otro plan médico (llamado plan secundario) entonces paga los beneficios. **En ningún caso pagarán los planes primario y secundario combinados beneficios por más del 100% de los gastos totales incurridos.** En ocasiones, los beneficios combinados serán menos que los gastos totales en que se incurra.

Si califica para recibir beneficios de otro plan médico, los beneficios no se pagarán por ningún servicio y/o suministros de atención médica que no pague el otro plan médico debido a que usted no cumplió con los términos o condiciones para recibir los beneficios bajo el otro plan médico. Esto incluye, entre otros, no cumplir con las reglas de administración de caso o autorización previa y utilización del otro plan médico.

B. REGLAS DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Las Reglas de Coordinación de Beneficios (COB) determinan el orden de pago de dos o más planes. Si la primera regla no establece una secuencia o pago de beneficios, se aplicará la siguiente regla, y así sucesivamente, hasta que se establezca el orden de pago. Si tiene derecho a recibir Medicare, también debe leer la sección de Medicare más adelante. Las reglas son:

Regla 1: Un plan médico que no tenga disposiciones de coordinación de beneficios será el plan primario y este Plan será el secundario.

Regla 2: El plan que cubra a la persona como Empleado o participante (aparte de como Dependiente) es el plan primario; y el plan que cubra a la misma persona como Dependiente será el plan secundario.

Regla 3: Para los hijos Dependientes, el plan que cubra al padre cuyo *cumpleaños* suceda primero durante el Año Calendario será el plan primario; y el plan que cubra al padre cuyo cumpleaños suceda después en el Año Calendario será el plan secundario. No se toma en cuenta el año de nacimiento para hacer esta determinación.

Regla 4: Para un hijo Dependiente, si un tribunal *asigna* la responsabilidad a un parento para brindar la atención médica del hijo, el plan de ese parento será el plan primario.

Regla 5: Para un hijo Dependiente, si los padres **no están** casados, **están** separados (independientemente de que hayan estado o no casados) o divorciados, con una asignación judicial de responsabilidad para la atención médica del hijo, entonces:

- El plan del parento que tenga la custodia será el plan primario, y

- El plan del padre que no tenga la custodia será el plan secundario.

Regla 6: El plan que ha provisto la cobertura por el período más prolongado será el plan primario; y el plan que ha provisto el período más corto será el plan secundario.

C. CUANDO USTED Y SU CÓNYUGE TRABAJAN PARA LA EMPRESA

Si usted y su Cónyuge trabajan para Empresas participantes y son elegibles para recibir la cobertura bajo el Plan, usted puede estar cubierto como Empleado o como Dependiente. Sin embargo, no puede estar cubierto como ambos, Empleado y Dependiente.

D. CUÁNTO PAGA ESTE PLAN COMO PLAN SECUNDARIO

Cuando este Plan es el plan secundario, pagará una cantidad igual a los mismos beneficios que si fuera el plan principal (después de que usted pague los deducibles y coaseguros), menos las cantidades de pago que realice en realidad el plan primario. En ningún caso pagará este Plan más de lo que pagaría como plan primario.

E. MEDICARE Y OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

Cuando cumpla 65 años, generalmente calificará para los beneficios de seguro de hospital (Parte A) y seguro médico suplementario (Parte B) bajo Medicare. Si continúa trabajando y permanece cubierto por el Plan, el Plan continuará siendo su plan primario (y el plan primario de sus Dependientes si tiene cobertura familiar). Medicare ofrece cobertura secundaria. Usted continuará presentando sus reclamaciones al Plan y recibirá los mismos beneficios que los demás Empleados. Medicare después considera las reclamaciones para el resto de los gastos.

Usted es responsable de inscribirse en el programa de Medicare. Debe llamar o visitar una oficina de la Administración del Seguro Social durante el período de tres meses antes de que cumpla los 65 años para informarse sobre Medicare o visitar su sitio Web: www.medicare.gov.

F. MEDICAID

Si está cubierto por ambos planes, este Plan y Medicaid, este plan será el primario y Medicaid será el secundario.

G. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA “NO-FAULT” DE VEHÍCULOS DE MOTOR REQUERIDA POR LEY

Si usted está cubierto por beneficios médicos y/o dentales bajo este Plan y cualquier cobertura de responsabilidad objetiva “no-fault” de vehículos de motor que requiera la ley, dicha cobertura pagará primero y después pagará el Plan.

H. COMPENSACIÓN A TRABAJADORES

Este Plan **no** provee beneficios si los gastos médicos están cubiertos por una ley de compensación a trabajadores o de enfermedad ocupacional.

I. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS (SUBROGACIÓN)

1. “Subrogación” significa el derecho del Plan a tomar su lugar respecto de reclamaciones lícitas, demandas o derechos de acción legal entablados en contra de un tercero que causó su lesión o enfermedad que resultó en el pago de beneficios. El Plan tiene el derecho de que le reembolsen los beneficios pagados o pagaderos a usted o a su dependiente cubierto por una lesión, enfermedad, gasto o pérdida causados por un tercero. Cuando un participante o dependiente del Plan presenta una reclamación por daños en contra de un

tercero o ante su póliza de seguro automovilístico por conductor sin seguro o con seguro insuficiente, el Plan, a su discreción unilateral, puede hacer cumplir su derecho de imponer una retención sobre los pagos que resulten de esa reclamación con el fin de reembolsarse por el monto total de los beneficios que tuvo que pagar. La retención del Plan aplicará a todo lo que se haya recuperado o a lo que haya derecho de recuperar (ya sea por demanda, acuerdo, u otro medio) por dicha reclamación. Esta disposición no permite que la parte de la recuperación que le corresponda al Plan se reduzca debido a que usted o su dependiente no recibieron el monto total de compensación reclamado por daños o para pagar los costos y honorarios de abogado, a menos que la Junta de Síndicos acuerde, por escrito, aceptar dicha reducción. Al aceptar los beneficios del Plan, el Participante y/o Dependiente aceptan lo siguiente:

- El Plan tendrá automáticamente un derecho de retención equitativo, por el monto de los beneficios, sobre lo que recupere el Participante y/o Dependiente, ya sea mediante acuerdo, juicio u otro medio. El derecho de retención del Plan abarca la recuperación por parte de terceros, de la empresa aseguradora de terceros, y del garante de terceros, de la recuperación obtenida de la empresa aseguradora a través del seguro médico, de salud u otra póliza de automóvil, de un conductor no asegurado o con insuficiente seguro. El derecho de retención del Plan existe independientemente de que lo que se consiga de la recuperación esté vinculado a fondos o activos particulares.
 - El Plan retiene un fondo en fideicomiso constructivo por la porción de la recuperación hasta un monto igual a los beneficios pagados. El Participante o Dependiente, y aquellas personas que actúan en su nombre deberán colocar y mantener dicha porción de la recuperación en una cuenta separada hasta que la obligación de reembolso al Plan se cumpla. La ubicación de la cuenta y el número de cuenta deberán proporcionarse al Plan.
 - Si el Participante, Dependiente, o aquellas personas que actúan en su nombre, dejan de mantener una cuenta separada, y no cumplen con los requisitos de reembolso del Plan, aceptan que se expida una orden temporal que requiera la colocación y mantenimiento del monto reembolsable o parte en disputa de la recuperación en una cuenta en custodia hasta que la disputa concerniente al reembolso se resuelva y el Plan reciba los montos que se le deben rembolsar.
 - La parte de la recuperación del Plan no deberá reducirse debido a la manera en que el tribunal o las partes del acuerdo caracterizaron la compensación (independientemente de si se caracterizó como gastos médicos, dolor y sufrimiento, etc.).
2. Los Síndicos tendrán el derecho de rechazar el pago de beneficios de cualquier tipo a cualquier Participante o Dependiente que no establezca un Acuerdo de Reembolso y Subrogación, o que no ejecute tales documentos según sea necesario para permitir que los Síndicos ejerzan su derecho de subrogación a los montos pagados a dicho Participante o Dependiente como resultado de lesiones o enfermedad causadas por terceros. Como condición de la recepción de beneficios por parte del Plan, cada Participante deberá acordar que en caso de que el Plan haya hecho, haga, o esté obligado a hacer pagos al Participante o en nombre del Participante, que resulten de enfermedad o lesiones, luego, como condición para recibir los beneficios del Plan, el Participante deberá establecer un acuerdo indicando que el Participante hará lo siguiente:

- Notificar al Plan por escrito que una reclamación relacionada a tal enfermedad o lesión ha sido presentado por el Participante contra terceros con el fin de obtener fondos disponibles.
- Notificar al Plan por escrito el nombre y dirección del abogado del Participante, proporcionar a dicho abogado una copia del acuerdo y requerir que dicho abogado cumpla con los términos. El acuerdo deberá servir como autorización al abogado del Participante para que cumpla con los términos y entregue toda la información solicitada acerca de la reclamación al Plan.
- Mantener informado al Plan por escrito del progreso y/o resolución de la reclamación hecha a terceros.
- Incluir en todas las reclamaciones una reclamación por los beneficios pagados por el Plan al Participante y/o reclamados al Plan por el Participante.
- Rembolsar al Plan en su totalidad los beneficios pagados por el Plan al Participante o en su nombre, más los intereses que resulten desde la fecha del pago de tales beneficios.
- Pedirle y autorizar a su abogado, si lo hubiera, a retener de los fondos disponibles el dinero adeudado al Plan en cumplimiento con el acuerdo y enviarlos al Plan según lo requerido por el acuerdo. En caso de disputa sobre el dinero que se debe al Plan, los fondos disponibles deberán depositarse en una cuenta en custodia hasta que se resuelva la disputa.

En caso de que el Participante no cumpla o rehúse cumplir con las disposiciones del Plan y del acuerdo, el Plan, y cualquier otro derecho que el Plan o los Síndicos puedan tener, tendrán el derecho de retener de los pagos adeudados o que deberán pagarse al Participante o terceros a nombre del Participante del Plan, los montos necesarios hasta que se reembolse totalmente al Plan.

El Participante deberá autorizar al Plan a registrar y/o utilizar el acuerdo en los procedimientos que impliquen al Participante, incluyendo el uso del acuerdo en los reclamos a terceros que el Participante pueda tener.

El Participante deberá autorizar a las personas o entidades que estén pagando al Participante o a otra persona en su nombre, a que entreguen el dinero al Plan ya que el Plan tiene el derecho a recibirla, según los términos del Plan y del acuerdo, y el acuerdo deberá constituir la garantía de que así será. En caso de una disputa sobre el dinero que se debe al Plan, los fondos disponibles deberán depositarse en una cuenta en custodia hasta que se resuelva la disputa.

Cualquier Participante que presente una reclamación en nombre de un menor bajo el Plan y que establecerá el acuerdo en nombre de dicho menor, deberá certificar que está autorizado a establecer dicho acuerdo en nombre del menor.

Se acepta que cualquier pago recibido por el Participante de una empresa de seguro de salud, de Blue Cross, Blue Shield o cualquier plan similar (excluyendo seguro de vehículo motorizado), al cual el Participante ha pagado la prima en su totalidad para asegurarse una cobertura individual, distingible de la cobertura de grupo, estará excluido de los requisitos de esta disposición.

XIV. SUS DERECHOS DE ERISA

Como participante del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U, usted tiene ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Garantía de Ingreso por Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán tener derecho a:

- **Recibir** información acerca de su Plan y sus beneficios
- **Revisar**, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, como los lugares de trabajo y los salones del sindicato, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos, y una copia del más reciente informe anual (formulario de la serie 5500) presentado por el Plan al Departamento del Trabajo de EE. UU. el cual está disponible en la Sala de Divulgación Pública (Public Disclosure Room) de la Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar (Pension and Welfare Benefit Administration).
- **Obtener**, bajo previa petición por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen las operaciones del Plan, incluyendo los contratos de seguro y los convenios colectivos de trabajo, y las copias del último informe anual (Serie del Formulario 5500) y la descripción actualizada del resumen del plan. El administrador podría aplicar un cargo razonable por las copias.
- **Recibir** un resumen del informe anual financiero del Plan. El Administrador del Plan tiene por ley que proporcionar a cada participante una copia del resumen del informe anual.
- **Continuar la cobertura de atención médica** para usted, su Cónyuge o sus Dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan causada por un Suceso Calificador. Usted y sus dependientes tal vez tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este resumen de la descripción del plan y los documentos que rigen el Plan sobre las reglas que rigen los derechos de continuación de cobertura COBRA.
- **Reducción o eliminación de los períodos de exclusión** de la cobertura por enfermedades preexistentes bajo su plan médico grupal si tiene cobertura acreditable de otro plan. Debe proporcionarse un certificado de cobertura acreditable, sin cargo alguno, del plan médico colectivo cuando pierda la cobertura bajo el Plan, cuando adquiera derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA, cuando su cobertura COBRA cese, si la solicita antes de perder la cobertura, o si la solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin la prueba de una cobertura acreditable, podría estar sujeto a la exclusión de padecimientos preexistentes durante 12 meses (18 meses para los que se inscriben tarde) después de la fecha de inscripción de su cobertura.

Medidas prudentes por parte de los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios de los Empleados. Las personas que operan el Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y por el interés suyo y los demás participantes y beneficiarios del plan. 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 mediante ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si se deniega o ignora su reclamación de un beneficio, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué, a obtener gratuitamente copias de los documentos relativos a la decisión, y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de ciertos plazos límite.

Según la ley ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos estipulados anteriormente. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan, y no los recibe en 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría ordenarle al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y que le pague un máximo de \$110 al día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por motivos fuera del control del administrador. Si tiene una reclamación de beneficios que se deniega o ignora, parcial o totalmente, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de la misma en relación con el estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención de hijos, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan usaran mal el dinero del Plan, o si se discrimina en contra suya por hacer valer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento de Trabajo de Estados Unidos, o puede presentar 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, es posible que el tribunal le ordene que usted pague esos costos y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamación es frívola.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca del Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados más cercana (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de EE.UU., o con la División de Ayuda y Consultas Técnicas (Division of Technical Assistance and Inquiries) de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de EE. UU. a la siguiente dirección: 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de conformidad con la ley ERISA llamando a la línea directa de ayuda para publicaciones de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de Empleados.

Como participante del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U, usted tiene ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Garantía de Ingreso por Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA). Según ERISA, todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre el Plan y sus Beneficios

Revisar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, como los lugares de trabajo y los salones del sindicato, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos, y una copia del más reciente informe anual (formulario de la serie 5500) presentado por el Plan al Departamento del Trabajo de EE. UU. el cual está disponible en la Sala de Divulgación Pública (Public Disclosure Room) de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (Pension and Welfare Benefit Administration).

Obtener, si lo solicita por escrito del Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos, y las copias del más reciente informe anual (formulario de la serie 5500) y un resumen de la descripción del plan actualizado. El administrador podría aplicar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige que el Administrador del Plan proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del plan médico grupal

Continuar la cobertura médica para usted, su cónyuge o dependientes en caso que pierda la cobertura bajo el Plan a causa de un suceso calificador. Usted y sus dependientes tal vez tengan que pagar por dicha cobertura. Lea detenidamente este resumen de la descripción del plan y los documentos que lo rigen para ver las reglas que rigen sus derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA.

Reducción o eliminación de los períodos de exclusión de la cobertura por enfermedades preexistentes bajo su plan médico grupal si tiene cobertura acreditable de otro plan. Usted deberá recibir un certificado de cobertura acreditable, sin cargo alguno, de su plan médico grupal o del emisor de su seguro médico si pierde la cobertura bajo el plan, si adquiere el derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA, si cesa la cobertura de continuación de COBRA, si usted lo solicita antes de perder la cobertura, o si lo solicita dentro de un plazo de 24 meses después de perder la cobertura. Si no tiene prueba de cobertura acreditada, podría estar sujeto a la exclusión por enfermedades preexistentes durante 12 meses (18 meses para los inscritos tardíamente) después de su fecha de inscripción en su cobertura.

Medidas prudentes por parte de los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes en un plan, la ley ERISA impone deberes a los responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que administran su plan, denominados los “fiduciarios” del plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y tomando en cuenta lo que mejor le convenga a usted y a los demás participantes y beneficiarios del plan. 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 mediante ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si se deniega o ignora su reclamación de un beneficio, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué, a obtener gratuitamente copias de los documentos relativos a la decisión, y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de ciertos plazos límite.

Según la ley ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos estipulados anteriormente. Por ejemplo, si usted solicita una copia de documentos del Plan o el más reciente informe anual del Plan y no los recibe dentro de un plazo de 30 días, puede entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría ordenarle al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y que le pague un máximo de \$110 al día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por motivos fuera del control del administrador. 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 usted no está de acuerdo con la decisión del Plan, o con la falta de tal decisión, respecto de la calificación de una orden calificada de relaciones de familia o de una orden para la atención médica de hijos, puede entablar una demanda en un tribunal federal. Si los fiduciarios del Plan usan

independientemente los fondos del Plan, o si se discrimina en contra suya por hacer valer sus derechos, puede solicitar la asistencia del Departamento del Trabajo de los EE.UU., 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, el tribunal podría ordenarle a la persona demandada que pague estos costos y honorarios. Si pierde, es posible que el tribunal le ordene que usted pague esos costos y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamación es frívola.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, comuníquese con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados más cercana (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de EE.UU., o con la División de Ayuda y Consultas Técnicas (Division of Technical Assistance and Inquiries) de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de EE. UU. a la siguiente dirección: 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de conformidad con la ley ERISA llamando a la línea directa de ayuda para publicaciones de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de Empleados.

XV. OTRA INFORMACIÓN

La información siguiente, en conjunto con la información contenida en otras porciones de este manual, forma el Resumen de la Descripción del Plan bajo la LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974 (“ERISA”):

A. TIPO DE PLAN

Este Plan es un plan de beneficios de bienestar para Empleados que ofrece beneficios por fallecimiento, muerte accidental y desmembramiento, atención farmacéutica, atención dental, atención de la vista, hospitalización, beneficios quirúrgicos y médicos a los Empleados elegibles y sus Dependientes calificados.

B. NOMBRE DEL PLAN

Man-U Service Contract Health and Welfare Trust Fund

C. NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

- a. Número de identificación del Empleador: 54-1008444
- b. Número del Plan del I.R.S.: 501

D. PATROCINADOR DEL PLAN

El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U es el patrocinador del Plan. Todas las comunicaciones con el Patrocinador del Plan deben enviarse a:

Man-U Service Contract Health and Welfare Trust Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500
(800) 638-8824

E. ADMINISTRADOR DEL PLAN

El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar del Contrato de Servicio Man-U es el Administrador del Plan. Todas las comunicaciones con el Administrador del Plan deben enviarse a:

Junta Directiva
Man-U Service Contract Health and Welfare Trust Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500
(800) 638-8824

Los Síndicos son:

Síndicos de los Empleadores

Sam Jefferson (Presidente del Fondo)
Impact Imaging Ent., Inc.
8240 Cumberland Road
New Kent, VA 23124

William Grace
310 Fairway Lane
Yorktown, VA 23693

Richard Yost
1746 Creek View Drive
Trexertown, PA 18051

Janice Grace
310 Fairway Lane
Yorktown, VA 23693

Síndicos del Sindicato

Anthony Seiwell (Co-Presidente del Fondo)
Laborers' District Council of Eastern
Pennsylvania
540 Grange Road
P. O. Box 1038
Trexertown, PA 18087

Orlando Bonilla
Baltimore/Washington Laborers
One Freedom Square
11951 Freedom Drive, 13th Floor
Reston, VA 20190

Larry Doggette
PSE Local 572
5627 Allentown Road, Suite 206
Camp Springs, MD 20746

Thomas P. Borum
Local 1310
317 North Washington Street
Wilkes Barre, PA 18701

Los participantes pueden obtener una lista completa de los Empleadores y las organizaciones de Empleados que patrocinan el Plan mediante una solicitud por escrito al Administrador, y está disponible para que los participantes la examinen. Además, los Participantes pueden recibir del Administrador, previa solicitud por escrito, información sobre si un Empleador u organización de Empleados en particular es contribuyente, y de ser así, la dirección del Empleador.

F. ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES

La Junta Directiva ha contratado a Carday Associates, Inc. para administrar los beneficios del Plan y puede comunicarse con ellos a la siguiente dirección:

Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500
(800) 638-8824

G. AGENTE PARA DILIGENCIAMIENTO DE PROCESOS LEGALES

Para disputas que surjan bajo el Plan, el servicio de diligenciamiento legal se puede presentar al Presidente del Fondo en la Oficina del Fondo, así como a cualquier Síndico en particular en la dirección que se indica anteriormente.

H. TIPO DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

El Plan está administrado por la Junta Directiva mediante un Administrador tercero, Carday Associates, Inc. Los beneficios de hospital, quirúrgicos, médicos, semanales por accidente y enfermedad, y los beneficios de la vista los proporciona un seguro propio. Los beneficios dentales los proporciona un seguro propio; para participantes del Plan A, la cobertura la provee Delta Dental. Los beneficios de Seguro de vida y de Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento se proporcionan a través de contratos con ING. Los beneficios de medicamentos recetados los proporciona un contrato con CVS/Caremark.

I. FUENTE DE APORTACIÓN Y MEDIO DE FINANCIAMIENTO

Los beneficios se proporcionan de los activos del Fondo que se acumulan bajo las disposiciones de los Convenios Colectivos y el Convenio del Fideicomiso, y se mantienen en un Fondo de Fideicomiso con el fin de proporcionarles los beneficios a los participantes y costear los costos administrativos razonables. Todos los beneficios, excepto el Seguro de Vida Grupal y el Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento, se proveen mediante financiamiento propio. Los activos y las reservas del Fondo se invierten y se mantienen bajo la custodia de Administradores de inversión designados por la Junta Directiva.

Los beneficios se pagan de acuerdo con las disposiciones del Plan de un Fondo de Fideicomiso que se usa solamente para este fin. Si tiene alguna pregunta o problema acerca de los pagos de beneficios, tiene derecho a obtener respuestas de los Síndicos que administran el Plan.

J. CONVENIOS DE NEGOCIACIÓN COLECTIVOS

Este Plan se mantiene de conformidad con uno o varios Convenios de Negociación Colectivos. Los participantes del Plan pueden obtener copias de dichos Convenio solicitándolos por escrito a la Oficina del Fondo, donde también están disponibles para que los participantes del Plan las examinen.

K. AÑO FISCAL DEL PLAN

El año fiscal del Plan comienza el 1.^º de enero y termina el 31 de diciembre.

L. ENMIENDAS O CANCELACIÓN DEL PLAN

La Junta Directiva se reserva el derecho de enmendar o cancelar este Plan, o cualquier parte del mismo, en cualquier momento. En caso de que se cancele este Plan, la Junta Directiva deberá usar los fondos restantes para cumplir con las reclamaciones existentes y que surjan por los beneficios bajo los términos de este Plan y para pagar los gastos administrativos razonables hasta que se agoten dichos fondos. Después de la cancelación de este Plan, cualesquier fondos restantes deberán distribuirse de conformidad con los términos del Convenio y la Declaración de Fideicomiso.

M. RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Ni la Junta Directiva, ni ningún Empleador, Sindicato u otra persona o entidad garantizan ninguno de los beneficios provistos por este Plan. Los beneficios pueden proporcionarse solamente de los activos del Fondo que están disponibles para dicho fin. Este Plan puede cancelarse en cualquier momento, por cualquier razón, a discreción de los Síndicos.

N. DERECHO DE COMPENSACIÓN

En caso de que el Plan haga algún pago a una persona que no tenga derecho a recibirlo, el Plan tendrá el derecho de reducir los pagos futuros a dicha persona por la cantidad del pago

equivocado. Sin embargo, este derecho de compensación, no deberá limitar el derecho del Plan de recuperar pagos en exceso de alguna otra manera.

O. AUTORIDAD DISCRECIONAL DE LA JUNTA DIRECTIVA Y SUS DESIGNADOS

Al desempeñar sus responsabilidades respectivas bajo el Plan, la Junta Directiva, el Administrador y otras personas con responsabilidades delegadas para administrar Plan, tendrán la autoridad discrecional de interpretar los términos del Plan y de determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de conformidad con los términos del Plan. Cualquier interpretación o determinación tendrá pleno vigor y efecto, a menos que pueda mostrarse que la interpretación o determinación fue arbitraria y caprichosa.

P. SIN RESPONSABILIDAD POR LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

El Fondo, la Junta Directiva y sus designados no practican la medicina, y no tienen control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de atención, o ningún servicio médico provisto o entregado a usted por los médicos u otros proveedores de atención médica. Usted debe elegir un proveedor o un ciclo de tratamiento tomando en cuenta todos los datos correspondientes, no solo la cobertura del Plan. Ni el Plan, ni el Administrador ni ninguno de sus designados tendrán ninguna responsabilidad civil por ninguna pérdida o lesión causada a usted por un Médico o proveedor de atención médica por causa de negligencia, por no proporcionar atención o tratamiento ni por otra razón.

Q. PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD, DIVULGACIÓN DE REGISTROS O INFORMACIÓN

La Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), exige que el Fondo proteja la confidencialidad de su información médica privada. El Fondo mantiene un Aviso de Prácticas de Privacidad que ofrece una descripción completa de sus derechos bajo las reglas de protección de la información privada de HIPAA. Para obtener una copia del aviso, comuníquese con la Oficina Administrativa. Este resumen no tiene la intención de ser ni se puede interpretar como el Aviso de Prácticas de Privacidad del Fondo. En caso de que surjan discrepancias entre este resumen y el Aviso de Prácticas de Privacidad, los términos del Aviso regirán.

El Fondo y la Junta Directiva no usarán ni divulgarán de alguna otra manera la información que está protegida por la HIPAA (conocida como “información médica protegida” o “PHI”) excepto según sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica o según lo permita la ley. En particular, el Fondo no usará ni divulgará, sin su autorización por escrito, su información médica protegida para asuntos ni decisiones relacionados con empleos o en conexión con ningún otro beneficio o plan de beneficios de empleados del Patrocinador del Plan.

El Fondo también contrata a profesionales y a otras compañías para ayudarle a ofrecer los beneficios de atención médica. El Fondo ha pedido a estas entidades llamadas “Socios Comerciales” que cumplan con las reglas de protección de la información privada de la HIPAA. En algunos casos, puede que reciba avisos por separado de uno de los Socios Comerciales del Fondo. En estos avisos se describen sus derechos con respecto a los beneficios provistos por esa organización.

Bajo la ley federal, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica protegida, entre ellos ver y copiar la información, recibir una cuenta de ciertas divulgaciones de la información y, bajo ciertas circunstancias, enmendar dicha información. Tiene el derecho a

solicitar restricciones razonables de la divulgación de la información acerca de usted, y a solicitar comunicaciones confidenciales. También tiene derecho a presentar una queja ante el Fondo o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han infringido sus derechos.

Si tiene preguntas acerca de la protección de su información médica, o si desea presentar una queja de infracción de protección de la información privada, comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Fondo en la Oficina del Fondo en la dirección que se encuentra al principio de este manual.

R. FIDUCIARIO NOMBRADO BAJO ERISA

El fiduciario nombrado bajo el Plan es la Junta Directiva.

S. NO SE ASIGNAN LOS BENEFICIOS

Usted no puede asignar los beneficios bajo el Plan, excepto para indicar que los beneficios se paguen a una institución o proveedor de atención médica. Sin embargo, el Fondo no está obligado legalmente a aceptar dicha orden de su parte, y ningún pago del Fondo a un proveedor puede considerarse como un reconocimiento del Fondo de que tiene el deber legal de pagarle al proveedor, excepto en la medida que decida hacerlo. A pesar de lo anterior, la Junta Directiva deberá proporcionar los beneficios de conformidad con los requisitos correspondientes de una Orden Autorizada de Mantenimiento Médico de Hijos.

T. LEY QUE RIGE

Este Plan se creó y aceptó en el Estado de Maryland, y todas las preguntas relacionadas con la validez o la construcción del Plan o de los actos y las transacciones de las partes en el presente deberán determinarse de conformidad con las leyes del Estado de Maryland excepto los asuntos reemplazados por la ley federal.

U. CLÁUSULA DE CONSERVACIÓN

En caso de que alguna disposición de este Plan se determine como ilegal, o ilegal respecto de alguna persona o ejemplo, dicho asunto no deberá afectar otras disposiciones de este Plan ni la aplicación de ninguna disposición a ninguna otra persona o instancia a menos que dicha ilegalidad haga imposible el funcionamiento de este Plan.

V. TÍTULOS

El título de cualquier artículo, sección o disposición de este Plan se ofrece para comodidad y consulta solamente y no deberá considerarse como una interpretación de los términos y condiciones de este Plan.

W. CONSTRUCCIÓN DE PALABRAS

Cualquier palabra usada en este Plan en el género masculino deberá tomarse como que también se refiere al género femenino en todas las situaciones en donde corresponda. Cualquier palabra que se use en este Plan en forma singular deberá tomarse como que también puede usarse en la forma plural para todas las situaciones en donde pueda corresponder, y viceversa.

XVI. CUADRO DE REFERENCIA RÁPIDA

Para obtener información sobre:	Debe comunicarse con:
Reclamaciones, elegibilidad, COBRA, beneficios médicos, beneficios dentales, beneficios de la vista, beneficios por fallecimiento, beneficios semanales por accidente y enfermedad, seguro médico, beneficios por muerte accidental y desmembramiento, e información sobre reclamaciones y apelaciones	Man-U Service Contract Health and Welfare Trust Fund c/o Carday Associates, Inc. 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046 (410) 872-9500 (800) 638-8824
Proveedor de la Red PPO	CareFirst BlueCross BlueShield 10455 Mill Run Circle Owings Mills, MD 21117 (800) 235-5160 Los participantes fuera del área de servicio de CareFirst BCBS (considerada "FlexLink") deben llamar al (888) 444-8115
Programa de Administración de la Utilización	American Health Holdings 100 Old West Wilson Bridge Road Worthington, OH 43085 (800) 641-5566
Programa de Medicamentos con Receta	Caremark Rx, Inc. P.O. Box 686005 San Antonio, TX 78268-6008 www.caremark.com (866) 282-8503
Dentales Proveedor de la Red PPO	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055 www.deltadentalins.com (800) 932-0783
Seguro de Vida, Muerte Accidental y Desmembramiento	ING Life Claims P.O. Box 1548 Minneapolis, MN 55440 (800) 537-5024 – seleccione la opción 2