

# Fondos de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio

P.O. BOX 99550

Troy, MI 48099-9550

Teléfono: (248) 641-4921

Línea gratuita: (833) 289-4921

Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

---

## Bienvenidos a ¡Plan de beneficios complementarios para Albañiles de Ohio!

Estimado participante de los Albañiles de Ohio:

Este paquete de inscripción se le envió porque usted es, o será, elegible para la cobertura de atención médica. Para comprender mejor los beneficios que están disponibles para usted, es importante que lea detenidamente toda la información incluida. Es igualmente importante que complete y devuelva todos los documentos requeridos de manera completa y legible lo antes posible. Cualquier información faltante o formularios incompletos retrasará el procesamiento de sus reclamos médicos.

Adjunto por favor encuentre:

### **Formulario de Información Vital:**

Complete **ambos lados** de este formulario y devuélvalo a la oficina de beneficios. Enumere a su cónyuge y a los hijos dependientes que desea que estén cubiertos por el plan de Beneficios. En la sección "Información del beneficiario", enumere los beneficiarios que desea que reciban los beneficios que puedan ser pagaderos después de su muerte. También se debe completar el reverso de este formulario. Esto proporciona a la oficina de beneficios información sobre otras pólizas de seguro que usted o sus dependientes puedan tener.

### **Carta de Cobertura de Dependientes:**

Esta carta explica qué documentos necesitará para agregar a su cónyuge, hijo(s) dependiente(s), hijastro(s) y/o hijo(s) adoptivo(s). Tenga en cuenta que si no devuelve la documentación necesaria, sus dependientes no se agregarán a su cobertura. Debe proporcionar una copia de su certificado de matrimonio para agregar a su cónyuge y certificados de nacimiento para agregar hijos dependientes.

### **Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida:**

Por favor, lea el aviso de privacidad de HIPPA adjunto, que explica sus derechos y cómo y cuándo se puede divulgar la información médica. Para que usted o su cónyuge, si corresponde, reciban información de atención médica por teléfono para cualquier miembro de su familia mayor de 18 años, debe tener un formulario de autorización firmado en los archivos de esta oficina. Complete y firme el formulario adjunto de Autorización para la divulgación de información médica protegida y devuélvalo a la Oficina de Beneficios.

### **Avisos de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA:**

Por favor, lea esta información. Este aviso contiene información importante sobre sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura de salud bajo el Plan.

**Formulario de elección:**

Seleccione entre los dos planes que ofrece a los miembros el Plan de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio

**\*\*\*AVISO IMPORTANTE\*\*\***

Si tiene alguna pregunta o desea recibir un Certificado de Cobertura Acreditable, comuníquese con la Oficina del Fondo de Seguros por teléfono al 833-289-4921 o por correo a:

Fondos de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio  
P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099

Los empleados del sector privado que deseen obtener más información sobre los derechos en virtud de ERISA, incluida COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, pueden comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-3272 o visitar el sitio web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). Los empleados del gobierno estatal y local deben comunicarse con el HHS-CMS en [www.cms.hhs.gov/COBRAContinuationofCov/](http://www.cms.hhs.gov/COBRAContinuationofCov/NewCobraRights@cms.hhs.gov) o [NewCobraRights@cms.hhs.gov](mailto:NewCobraRights@cms.hhs.gov).

# Fondos de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio

P.O. BOX 99550

Troy, MI 48099

Teléfono: (248) 641-4921

Línea gratuita: (833) 289-4921

Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

---

## FORMULARIO DE ELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS PARA MIEMBROS ACTIVOS

### ME GUSTARÍA ELEGIR EL SIGUIENTE PLAN

- Plan básico de Anthem – Sencillo \$672.00
- Plan básico de Anthem - Familia = \$912.00
- Plan Estándar de Anthem – Sencillo = \$961.00
- Plan Estándar de Anthem – Familia= \$1,326.00

En este paquete se incluye el Resumen de Beneficios y Cobertura que detalla la cobertura de cada plan.

Al firmar este formulario, reconozco que revisé la información adjunta. También reconozco que mi elección ***no se puede cambiar*** hasta el próximo período de inscripción abierta, que será en Otoño de 2026 para el año 2027, sin un evento de vida que califique.

Firma del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del miembro \_\_\_\_\_

ID de miembro/Últimos 4 de SSN# \_\_\_\_\_

# Fondos de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio

P.O. BOX 99550

Troy, MI 48099-9550

Teléfono: (248) 641-4921

Línea gratuita: (833) 289-4921

Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN VITAL

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Género :( *Circule uno*)      Masculino      Femenina

Estado Civil: (*Circule uno*)      Soltero      Casado      Divorciado      Separado

Fecha de Matrimonio/Divorcio/Separación : \_\_\_\_\_

Estado Actual: (*Circule uno*)      Activo      Jubilado      Deshabilitado COBRA

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_

**Número de Reclamación de Medicare: (incluidas las letras que siguen al número)**

*(Esto solo se aplica cuando un miembro, un cónyuge o un dependiente cubierto tiene 65 años o más o tiene una discapacidad de Medicare)*

**Dependiente #**

**Miembro #** \_\_\_\_\_ **Esposo #** \_\_\_\_\_ **y Nombre** \_\_\_\_\_

**DEPENDIENTES: - Incluir cónyuge** (*Se necesitan certificados de matrimonio/nacimiento para agregar nuevos dependientes al plan*)

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE	RELACION	CUMPLEAÑOS	S.S. #	DIRECCIÓN/CDAD/EDO/C. POSTAL	%
_____	_____	____ / ____ / ____	____ - ____ - ____	_____	_____
(Primaria)	_____	____ / ____ / ____	____ - ____ - ____	_____	_____
_____	_____	____ / ____ / ____	____ - ____ - ____	_____	_____
(Secundaria)	_____	____ / ____ / ____	____ - ____ - ____	_____	_____

*Acepto notificar a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días de cualquier cambio en la información anterior. Además, declaro que toda la información anterior es completa y correcta. Entiendo que la declaración de información falsa o engañosa o la omisión de información sustancial podría ser motivo para la denegación de beneficios.*

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MIEMBRO**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**(DAR LA VUELTA)**

## OTRAS CONSULTAS SOBRE SEGUROS

*Complete esta parte del formulario si usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes tienen otra cobertura de seguro en la que participa, o si ha habido algún cambio en otra cobertura de seguro.*

### **Información general:**

Nombre de la Otra Persona Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Otra Persona Asegurada: \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro: \_\_\_\_\_

### **Información Sobre otro Plan o Programa de Seguro:**

Otro Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Co. Del Seguro #: ( ) \_\_\_\_\_

Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_ ¿Está activo el seguro? \_\_\_

Fecha de terminación, si corresponde: \_\_\_\_\_

La cobertura es: (Circule uno) Soltero      Familia

Los niños están cubiertos hasta la edad: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: (Circule todo lo que corresponda) Médico    Dental    Visión

Recetas Medicas

Lista de dependientes cubiertos: \_\_\_\_\_

### **Declaración de los Miembros:**

*La información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. También soy consciente del hecho de que debo notificar a la Oficina del Fondo de inmediato si alguno de los dependientes enumerados en mi cobertura es elegible para cualquier otra cobertura.*

*Cualquier material enviado por mí o en nombre de cualquier persona elegible que contenga una alteración material o información falsificada o falsa, incluidas las firmas, será rechazado. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de remitir dichos asuntos al Asesor Jurídico del Fondo para que tome las medidas adecuadas. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar cualquier pérdida que sufra como resultado de dicho material en cualquier asunto.*

**No Tengo Otro Seguro:** \_\_\_\_\_  
Inicial aquí/Firma abajo

**Firma del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**  
**PROTEGIDA**

**SECCIÓN DE MIEMBROS / JUBILADOS**

Yo, (nombre en letra de imprenta y número de seguro social) \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
autorizo al Fondo de Salud (el "Fondo"), y a sus socios comerciales, a divulgar Reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información de salud relacionada conmigo A la(s) siguiente(s) persona(s) (seleccione hasta 2 personas), a petición de dicha(s) persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización expirará al finalizar mi inscripción en el Fondo, a menos que la revoque antes. Entiendo que tengo derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya invocado. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo notificar mi decisión por escrito y enviarla a:

Fondos de Beneficios  
Complementarios de  
los Albañiles de Ohio  
P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099  
Teléfono: (248) 641-4921 Línea gratuita: (833) 289-4921  
Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

Entiendo que mi información de salud que se divulga de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por las personas que he identificado anteriormente, y el Fondo no puede prevenir ni proteger dichas divulgaciones, Y entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis beneficios de atención médica (inscripción, tratamiento o pago).

**Firma del Miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha de Firma:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que mi información de salud se divulgue a nadie más que a mí mismo.

**Firma del Miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha de fFirma:** \_\_\_\_\_

---

**SECCIÓN DE CÓNYUGES**

Yo, el Esposo/sa (Nombre, por favor escriba en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, (Seguro Social del cónyuge #) \_\_\_\_\_ del miembro mencionado anteriormente, también he leído, entendido y autorizado al Fondo a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información de salud relacionada sobre mí a la(s) siguiente(s) persona(s) (seleccione hasta 2 personas), a solicitud de dicha(s) persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Firma del Cónyuge** \_\_\_\_\_ **Fecha de Firma:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que mi información de salud se divulgue a nadie más que a mí mismo.

**Firma del Cónyuge** \_\_\_\_\_ **Fecha de Firma:** \_\_\_\_\_

---

**DEPENDIENTE(S) MAYOR DE 18 AÑOS**

Yo, el Hijo(s) dependiente(s) mayores de 18 años (Nombre, por favor en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, (# de Seguro Social) \_\_\_\_\_ también he leído, entendido y autorizado al Fondo a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información médica relacionada conmigo a la(s) siguiente(s) persona(s) (seleccione hasta 2 personas), a solicitud de dicha(s) persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Firma del Dependiente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Firma:** \_\_\_\_\_

O-  no quiero que mi información de salud se divulgue a nadie más que a mí mismo.

**Firma del Dependiente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Firma:** \_\_\_\_\_

NOTA: Si hay más de un dependiente mayor de 18 años, copie, complete y firme el número apropiado de Formularios de Autorización adicionales y devuélvalos a la

**AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE  
LOS FONDOS DE BENEFICIOS  
COMPLEMENTARIOS DE LOS ALBAÑILES DE  
OHIO**

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente y comuníquese con la oficina del plan si tiene alguna pregunta.**

Estamos obligados por ley, concretamente por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), a asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada en la medida requerida por la ley. También estamos obligados a darle este aviso con respecto a (1) los usos y divulgaciones de información médica que pueda hacer el Plan, y (2) sus derechos y las obligaciones legales del Plan con respecto a dicha información. Este aviso y su contenido están destinados a cumplir con los requisitos de HIPAA.

**Cómo Podemos Usar y Divulgar su Información Médica**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

**Tratamiento.**

El tratamiento es la prestación, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados. También incluye, entre otros, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores. Por ejemplo, podemos revelar a un ortodoncista tratante el nombre de su dentista tratante para que el ortodoncista pueda pedirle sus radiografías dentales al dentista tratante.

**Para el Pago.**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para determinar su elegibilidad para los Beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informarle a su proveedor de atención médica sobre su elegibilidad para recibir beneficios para confirmar si se realizará el pago por un servicio en particular. También podemos compartir información médica con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. Del mismo modo, podemos compartir información médica con otra entidad para ayudar con la coordinación de los pagos de beneficios.

**Para Operaciones de Atención Médica.**

Podemos usar y divulgar su información médica para las operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; examinar y responder a las apelaciones; llevar a cabo o hacer arreglos para revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; y las actividades administrativas del Plan General.

**Según lo Exija la Ley.**

Divulgaremos su información médica cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar información médica cuando así lo exija una orden judicial en un procedimiento de litigio, como una acción por negligencia. Cuando la ley nos autorice a reportar información sobre abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades públicas, podemos divulgar información médica si existe una creencia razonable de que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En tal caso, el Plan le informará de inmediato que dicha divulgación se ha realizado o se realizará, amenos que esa notificación cause un riesgo de daño grave. Con el fin de denunciar el maltrato o la negligencia

infantil, no es necesario informar al menor de que se ha hecho o se hará una divulgación. Por lo general, la divulgación se puede hacer a los padres u otros representantes del menor, aunque puede haber circunstancias bajo la ley federal o estatal en las que los padres u otros representantes no tengan acceso a la información de salud del menor.

#### **Prevenir una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad.**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

#### **Para Informarle Sobre Alternativas de Tratamiento u Otros Beneficios Relacionados con la Salud.**

Podemos usar la PHI para identificar si usted puede beneficiarse de las comunicaciones del Plan con respecto a (1) las redes de proveedores disponibles o los productos o servicios disponibles en virtud del Plan, (2) su tratamiento, (3) la administración de casos o la coordinación de la atención para usted, o (4) los tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o entornos de atención alternativos recomendados para usted. Por ejemplo, podemos enviar una comunicación a un participante que es fumador con respecto a un programa eficaz para dejar de fumar.

#### **Divulgación al Patrocinador del Plan de Salud.**

La información médica puede divulgarse a los Patrocinadores del Plan, es decir, el Sindicato y las Asociaciones, o los Fideicomisarios del Plan, únicamente con el fin de administrar los beneficios del Plan.

#### **Donación de Órganos y Tejidos.**

Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención o el trasplante de órganos.

#### **Militares y Veteranos.**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar.

#### **Compensación de Trabajadores.**

Es posible que divulguemos información médica sobre usted para programas de compensación laboral o similares.

#### **Riesgos para la Salud Pública.**

Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública a una autoridad pública. Estas divulgaciones se harán con el propósito de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

#### **Actividades de Supervisión de la Salud.**

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.

#### **Demandas y Disputas.**

Podemos divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o un tribunal administrativo. También podemos divulgar información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, que no esté acompañado por una orden de un tribunal judicial o administrativo, si recibimos una garantía satisfactoria de la parte que solicita la información de que se han realizado esfuerzos razonables para notificarle la solicitud o, si dicha garantía no está disponible, si hemos hecho un esfuerzo razonable para notificarle sobre la solicitud.

#### **Aplicación de la Ley.**

Podemos divulgar información médica si se nos solicita para fines de aplicación de la ley, siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos legales aplicables.

#### **Médicos Forenses, Médicos Forenses y Directores de Funerarias.**

Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico.

### **Investigación.**

Podemos divulgar información médica para investigación, sujeto a condiciones.

### **Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia.**

Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

### **Internos.**

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o al oficial de la ley.

### **Sus derechos con respecto a su información médica**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

#### **Derecho a Inspeccionar y Copiar.**

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre los beneficios de su Plan. Para inspeccionar y copiar dicha información médica, debe presentar su solicitud por escrito a la Oficina del Plan. La información solicitada se proporcionará en un plazo de 30 días si la información se mantiene in situ o en un plazo de 60 días si la información se mantiene fuera de las instalaciones. Se permite una sola prórroga de 30 días si el plan no puede cumplir con el plazo. Si solicita una copia de esta información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.

#### **Derecho a Enmendar.**

Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a la Oficina del Plan. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. El Plan tiene 60 días después de que se realiza la solicitud para actuar sobre la solicitud. Se permite una sola prórroga de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo. Si la solicitud es denegada en su totalidad o en parte, el Plan debe proporcionarle una denegación por escrito que explique la base de la denegación. Usted o su representante personal pueden presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación y hacer que esa declaración se incluya con cualquier divulgación futura de su información médica. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos lo solicita enmendar la información que (1) no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan, (2) no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación, (3) no sea parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (4) es exacto y completo.

#### **Derecho a una Rendición de Cuentas de las Divulgaciones.**

Usted tiene derecho a obtener un informe de ciertas divulgaciones de su información médica. Este derecho a una contabilidad se extiende a las divulgaciones, que no sean las divulgaciones realizadas (1) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, (2) a personas sobre su propia información médica, (3) incidentales a un uso o divulgación permitidos de otro modo, (4) de conformidad con una autorización, (5) con fines de creación de un directorio de instalaciones o a personas involucradas en la atención del paciente u otros fines de notificación, (6) como parte de un conjunto limitado de datos, (7) para otra seguridad nacional o a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, o (8) antes del 14 de Abril de 2003.

Para solicitar un informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a la Oficina del Plan. La información solicitada se proporcionará en un plazo de 30 días si la información se mantiene in situ o en un plazo de 60 días si la información se mantiene fuera de las instalaciones. Se permite una sola prórroga de 30 días si el plan no puede cumplir con el plazo. Su solicitud debe especificar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la contabilidad (por ejemplo, en papel o electrónica). La primera contabilidad que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. En el caso de las cuentas adicionales, es posible que le cobremos los costes de la contabilidad. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

### **Derecho a Solicitar Restricciones.**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito a la Oficina del Plan. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

### **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Dichas solicitudes se cumplirán si, a discreción exclusiva del Plan, las solicitudes son razonables y pueden atenderse con una interrupción mínima de la administración del Plan. Sin embargo, el Plan aceptará dicha solicitud si el participante proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de esa información podría poner en peligro al participante. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito a la Oficina del Plan. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

### **Derecho a Recibir una Copia Impresa de este Aviso.**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso.

### **Cambios a Este Aviso**

La fecha de entrada en vigor de este Aviso es el 14 de abril de 2003. Nos reservamos el derecho de (1) cambiar este aviso y (2) hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Si se realiza algún cambio, enviaremos por correo el Aviso revisado a los participantes. El Plan cumplirá con los términos de cualquier Aviso actualmente vigente.

### **Quejas/Solicitudes de Información**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Plan, o para recibir más información según lo exijan las regulaciones, comuníquese con Sherry Verstraete en la Oficina del Plan. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

### **Otros Usos de la Información Médica**

Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso.

Fondos de Beneficios  
Complementarios de los  
Albañiles de Ohio  
P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099  
Teléfono: (248) 641-4921 Línea gratuita: (833) 289-4921

## **COBERTURA DE DEPENDIENTES**

**¡Por favor, lea atentamente la siguiente información! Esta carta explica los requisitos y la documentación necesarios para agregar dependientes a su cobertura de atención médica. Por favor, refiérase únicamente a la situación que le corresponda y envíe la información requerida a la Oficina de Beneficios.**

**CÓNYUGE** - La cobertura para un cónyuge se puede proporcionar a cualquier participante activo elegible. Debe completar un Formulario de información vital con el fin de verificar cualquier otra cobertura de seguro activa. Al agregar un nuevo cónyuge a su póliza, se requiere una copia de su certificado de matrimonio antes de que se active la cobertura.

**HIJOS** : los hijos dependientes naturales y los hijos adoptados legalmente de los participantes activos son elegibles para ser agregados a su póliza. Al agregar dependientes elegibles a su póliza, se requiere una copia del certificado de nacimiento de cada niño antes de que se active la cobertura.

**HIJASTROS** - Tenga en cuenta que los hijastros no son automáticamente dependientes elegibles. Si usted es 100% responsable de sus hijastros, y su padre sin custodia ha renunciado a todos los reclamos y derechos legales sobre dichos hijos, envíe los certificados de nacimiento de los niños y la documentación legal de respaldo a la Oficina de Beneficios para su revisión. Si el padre o la madre con custodia del dependiente no ha tomado medidas, el Fondo no puede ser responsable de su cobertura de atención primaria de salud. Sin embargo, puede presentar cualquier documento legal para su revisión, como: un decreto de divorcio anterior, una declaración jurada de paternidad o una copia de sus impuestos que demuestre que reclama al niño como dependiente.

**DEPENDIENTES DE 19 A 26 AÑOS** - De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, también conocida como Reforma de Atención Médica), los planes de atención médica que ofrecen cobertura para hijos dependientes deben proporcionar cobertura para hijos adultos de empleados cubiertos hasta la edad de 26 años. Ya no es un requisito que un hijo dependiente mayor de 19 años sea un estudiante a tiempo completo. Por lo tanto, sus hijos pueden ser elegibles para la cobertura hasta que cumplan 26 años, independientemente de su estado civil o de estudiante, de si su hogar es su lugar de residencia principal o si usted los mantiene. Se necesita una copia del certificado de nacimiento del niño.

Al proporcionar a la Oficina de Beneficios información con respecto a otra cobertura de seguro que su cónyuge y/o hijos puedan tener, además de los Fondos Complementarios de los Albañiles de Ohio, usted está haciendo su parte para controlar los costos crecientes de los beneficios de su Plan de Salud.

**PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE ALBAÑILES DE OHIO**

P.O. BOX 99550  
TROY, MI 48099  
Teléfono: 248-641-4921  
Línea gratuita: (833) 289-4921  
Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

**FORMULARIO AUTOMÁTICO DE REEMBOLSO  
MÉDICO DE  
CUENTA BANCARIA EN DÓLARES**

**"Tu Fondo de Albañiles Marcando la Diferencia"**

SOLICITUD DE REEMBOLSO AUTOMÁTICO DE DEDUCIBLE Y COPAGO DE LA CUENTA DE ELEGIBILIDAD DE RESERVA (DOLLAR BANK) POR CARGOS MÉDICOS NO PAGADOS POR EL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR

**POR FAVOR, IMPRIMA:**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL. \_\_\_\_\_

**REEMBOLSO MÉDICO AUTOMÁTICO**

**Sí, quiero que mi Cuenta Bancaria en dólares se deduzca automáticamente de cualquier deducible y copago que pueda adeudar a los proveedores de atención médica y que se pague directamente al proveedor. Entiendo que este pago automático de mi Dollar Bank solo se realizará siempre y cuando tenga un saldo suficiente en mi cuenta según las reglas del Plan. Este reembolso automático permanecerá en vigor hasta que sea revocado por mí por escrito o ya no esté permitido bajo las reglas del Plan de Salud y Bienestar de los Albañiles de Ohio.**

**FIRMA DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

# Fondos de beneficios complementarios de los albañiles de Ohio

P.O. BOX 99550

Troy, MI 48099-9550

Teléfono: (248) 641-4921

Línea gratuita: (833) 289-4921

Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

---

## **Aviso de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA Derechos de Continuación de Cobertura Bajo COBRA**

### **Introducción**

Está recibiendo este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger el derecho a recibirla.**

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando de otro modo perdería su cobertura de salud grupal. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que están cubiertos por el Plan cuando de otro modo perderían su cobertura de salud grupal. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del plan o comunicarse con el Administrador del plan.

### **¿Qué es la Continuación de la Cobertura de COBRA?**

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura terminaría debido a un evento de la vida conocido como "evento calificado". Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan porque ocurre uno de los siguientes eventos calificados:

Sus horas de trabajo se reducen, o

Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge fallece;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;

- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo de los padres-empleados;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su falta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambos);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente".

A veces, la presentación de un procedimiento de bancarrota bajo el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento calificado. Si se presenta un procedimiento de bancarrota con respecto al Plan y esa bancarrota resulta en la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un beneficiario calificado con respecto al quiebra. El cónyuge, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes del empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota resulta en la pérdida de su cobertura bajo el Plan.

### **¿Cuándo está Disponible la Cobertura de COBRA?**

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. Cuando el evento calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo, la muerte del empleado, la jubilación o el hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambos), el empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre el evento calificado.

### **Debe Dar Aviso de Algunos Eventos Calificados**

**Para los otros eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a:**

Fondos de Beneficios  
complementarios de los  
albañiles de Ohio

P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099  
Teléfono: (248) 641-4921 Línea gratuita: (833) 289-4921  
Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

## **¿Cómo se Proporciona la Cobertura de COBRA?**

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificado es la muerte del empleado, el hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambos), su divorcio o separación legal, o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente como hijo dependiente, la continuación de la cobertura de COBRA dura hasta un total de 36 meses. Cuando el evento calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, y el empleado tuvo derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la continuación de la cobertura de COBRA para los beneficiarios calificados que no sean el empleado dura hasta 36 meses después de la fecha en que tiene derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en que su

La continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de derecho a Medicare, que es igual a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, la continuación de la cobertura de COBRA generalmente dura solo hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA.

### ***Extensión del período de continuación de la cobertura por discapacidad de 18 meses***

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura.

### ***Extensión del período de continuación de la cobertura del segundo evento calificado de 18 meses***

Si su familia experimenta otro evento calificado mientras recibe 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le notifica de

el segundo evento calificado se otorga correctamente al Plan. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambos), o se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si hubiera El primer evento clasificatorio no ocurrió.

### **Si Tiene Preguntas**

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluida COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite el sitio web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las Direcciones y los números de teléfono de las oficinas Regionales y Distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

### **Mantenga su Plan Informado de los Cambios de Dirección**

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

### **Información de Contacto del Plan:**

Fondos de Beneficios  
Complementarios de los  
Albañiles de Ohio  
P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099  
Teléfono: (248) 641-4921 Línea gratuita: (833) 289-4921  
Sitio web: [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

**Plan de Salud y Bienestar de Albañiles de Ohio**  
P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099  
(833) 289-4921

Estimado miembro:

**Sitio Web Mejorado de Beneficios para Miembros**

[ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org)

Los Fideicomisarios de los Fondos de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio se complacen en anunciar un nuevo sitio web mejorado de beneficios para miembros, [ohiobricklayersbenefits.org](http://ohiobricklayersbenefits.org). Este sitio web se ha actualizado por completo para brindarle una forma más efectiva de acceder y administrar sus beneficios.

El sitio web le permite obtener información básica sobre los beneficios del Plan, revisar las respuestas a las preguntas más frecuentes, acceder a su información personal sobre los beneficios y comunicarse con la Oficina de Beneficios por correo electrónico. También puede encontrar enlaces útiles sobre los beneficios proporcionados por el Plan.

Para acceder a su información personal de beneficios, como sus elecciones de beneficios, detalles de su historial laboral, formularios y documentos del plan, debe registrarse como nuevo usuario haciendo clic *en el enlace Crear una cuenta* en la esquina superior derecha en el cuadro de Inicio de Sesión. En el reverso de esta carta se muestran instrucciones más detalladas. Una vez que esté registrado, puede acceder a su información personal de beneficios ingresando su **Nombre de Usuario** y **Contraseña**, así que manténgalos confidenciales. **Tenga en cuenta que solo se permite un nombre de usuario y contraseña por dirección de correo electrónico. Si más de una persona en su familia requiere acceso al sitio web, cada una debe usar una dirección de correo electrónico diferente.**

Cada miembro, cónyuge y dependiente mayor de 18 años recibirá su propio inicio de sesión que le dará acceso a su Propia Información Médica Protegida (PHI). Cada persona que reciba su propio nombre de usuario y contraseña no tendrá su PHI disponible para que la vea ningún otro usuario.

Comuníquese con la Oficina de Beneficios al (833) 289-4921 si tiene alguna dificultad para recuperar su nombre de usuario y contraseña, o si tiene alguna pregunta sobre el sitio web de Beneficios para miembros. También puede enviar un correo electrónico directamente a la Oficina de Beneficios utilizando la sección "Contáctenos" del sitio web.

¡Visite pronto el sitio web mejorado de Beneficios para Miembros y vea todo lo que tiene para ofrecer!

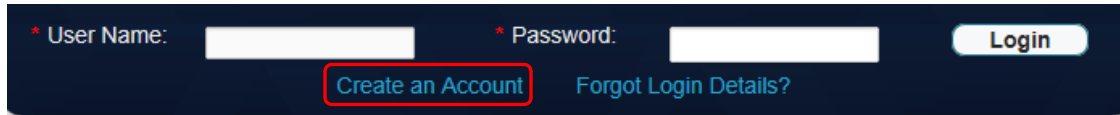
Patronato,

Fondos de Beneficios Complementarios de los Albañiles de Ohio

## CÓMO REGISTRARSE EN EL SITIO WEB

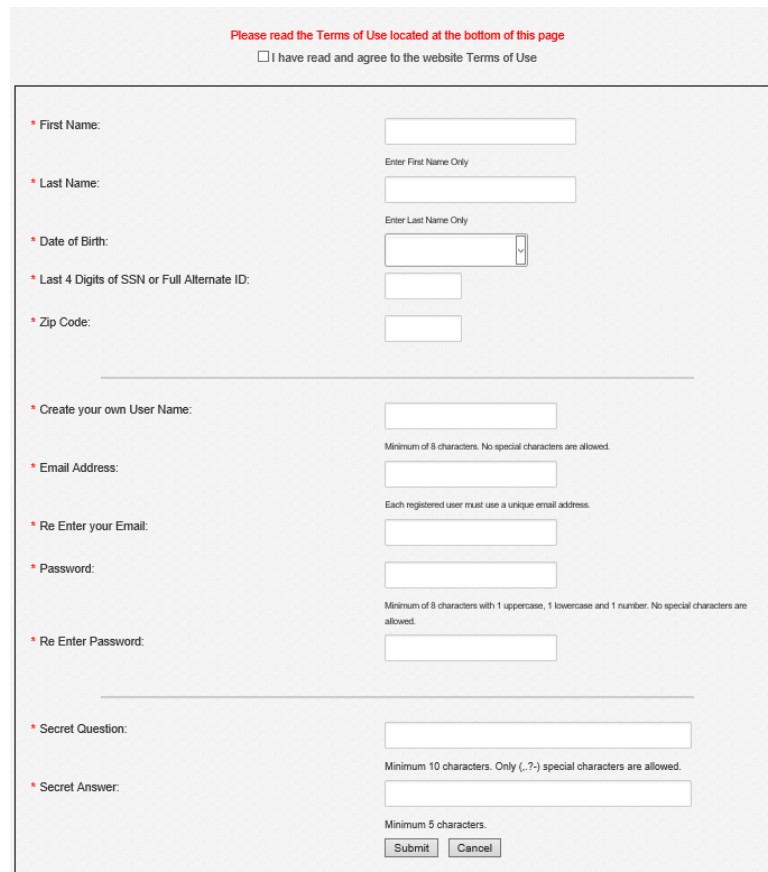
Al registrarse por primera vez, siga estas instrucciones:

- 1) Desde su computadora o dispositivo móvil, conéctese al sitio web que aparece en la primera página de esta carta.
- 2) Localice el cuadro de inicio de sesión en la esquina superior derecha de la pantalla.
- 3) Haga clic en "Crear una cuenta" para comenzar.



A dark blue header bar containing login and registration options. On the left, there are input fields for '\* User Name:' and '\* Password:'. To the right is a 'Login' button. Below the input fields, there is a 'Create an Account' button highlighted with a red box, and a link for 'Forgot Login Details?'.

- 4) A continuación, se mostrará la pantalla de registro. Introduzca toda la información, ya que todos los campos son obligatorios. Una vez que se haya ingresado toda la información, haga clic en "Enviar" en la parte inferior de la pantalla.

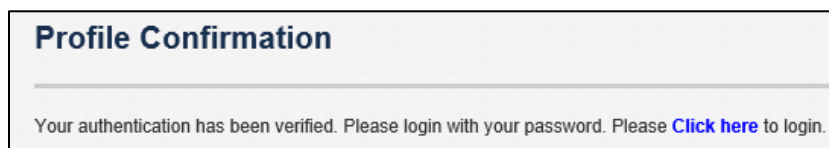


A registration form with the following fields and instructions:

- \* First Name:** [Input field] Enter First Name Only
- \* Last Name:** [Input field] Enter Last Name Only
- \* Date of Birth:** [Dropdown menu]
- \* Last 4 Digits of SSN or Full Alternate ID:** [Input field]
- \* Zip Code:** [Input field]
- \* Create your own User Name:** [Input field] Minimum of 8 characters. No special characters are allowed.
- \* Email Address:** [Input field] Each registered user must use a unique email address.
- \* Re Enter your Email:** [Input field]
- \* Password:** [Input field] Minimum of 8 characters with 1 uppercase, 1 lowercase and 1 number. No special characters are allowed.
- \* Re Enter Password:** [Input field]
- \* Secret Question:** [Input field] Minimum 10 characters. Only (.,?) special characters are allowed.
- \* Secret Answer:** [Input field] Minimum 5 characters.

At the bottom right of the form are 'Submit' and 'Cancel' buttons.

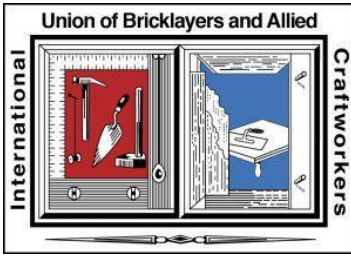
- 5) Después de registrarse, recibirá una notificación por correo electrónico con un enlace para confirmar su registro. Su dirección de correo electrónico también se utilizará en caso de que olvide su nombre de usuario y contraseña.



**Profile Confirmation**

---

Your authentication has been verified. Please login with your password. Please [Click here](#) to login.



**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE ALBAÑILES DE OHIO**  
**P.O. BOX 99550**  
**TROY, MICHIGAN 48099**  
**(248) 641-4921 o línea gratuita (833) 289-4921**

**Formulario de Reclamación de Reembolso Médico (MRA)**

**Instrucciones:** Para recibir beneficios de su cuenta MRA, debe completar UN FORMULARIO por paciente, junto con la siguiente información:

**Reembolso por:**

- Copagos médicos
- Dental
- Servicios para Vision
- Copago de Medicamentos Rx

**Información requerida:**

- Copia de su Formulario de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). **No se aceptan estados de cuenta de saldos adeudados.**
- Copia de factura detallada en la que se enumeren los servicios prestados y el cargo por cada uno. **Los servicios de Ortodoncia se pagarán después de que se presten los servicios.**
- Copia de una factura detallada en la que se enumeren los servicios prestados y el cargo por cada uno.
- Copia del talón de la etiqueta del medicamento o una copia impresa de su farmacia. **No se aceptan recibos de caja registradora.**

**TENGA EN CUENTA:** **DEBE esperar hasta 30 días hábiles para el reembolso.** Todos los reembolsos por reclamaciones serán pagaderos al miembro a menos que se especifique lo contrario.

Pagar a un miembro

Pagar a Proveedor

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ SS del Miembro# \_\_\_\_\_  
 o ID alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (Inicio) \_\_\_\_\_ ( T r a b a j o ) \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

<b>Tipo de Servicio</b> (Médico, Dental, Visión, Prescripción)	<b>Nombre de los Proveedores</b>	<b>Fecha de Servicio</b>	<b>Monto de la Reclamación</b>
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

Al firmar este formulario, entiendo que los beneficios se pagarán de acuerdo con los requisitos y limitaciones de la Cuenta MRA del Plan de Salud de Albañiles de Ohio establecidos por la Junta de Fideicomisarios. (Consulte el reverso de este formulario para obtener una breve descripción de los beneficios cubiertos).

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# CUENTA MRA

## ¿Qué es la Cuenta MRA?

El *Acuerdo de Reembolso Médico (MRA, por sus siglas en inglés)* es una cuenta contable que se establecerá para cada participante elegible activo, que el participante puede usar para pagar deducibles y otros gastos médicos elegibles. Es solo una cuenta de contabilidad, no puede ser cobrada por los participantes en ningún momento, y no se "otorga", la Junta puede cancelar la cuenta en cualquier momento.

## ¿Cómo se financiará mi (MRA)?

A cada participante elegible activo se le acreditará una cuenta con contribuciones de los Créditos del Banco del Dólar que excedan los dos meses de elegibilidad, a una tasa determinada por la Junta de Fideicomisarios.

## ¿Cómo se me informará de mi saldo de MRA?

Su saldo de MRA aparecerá en su informe de estado mensual. El informe de estado mensual reflejará su saldo inicial, cualquier nuevo crédito de horas de trabajo a la MRA y cualquier solicitud de reembolso que se haya procesado. Las reclamaciones pagadas con cargo a la MRA reducirán el saldo de su cuenta.

## ¿Para qué puedo usar la cuenta MRA?

Puede usar su cuenta MRA para reembolsarle los montos que pague por gastos médicos, dentales, de la vista o de medicamentos recetados calificados que no estén cubiertos por el Fondo, debido a copagos, beneficio máximo permitido o ciertos servicios que no son pagaderos bajo el Plan.

El MRA se puede utilizar para todos los "gastos médicos calificados". Desafortunadamente, no podemos proporcionar una lista exhaustiva de todos los posibles "gastos médicos calificados". Se proporciona una lista parcial en la Publicación 502 del IRS (disponible en [www.irs.gov](http://www.irs.gov)). La determinación de si un gasto es por "atención médica" se basa en todos los hechos y circunstancias pertinentes. Para ser un gasto por atención médica, el gasto tiene que ser principalmente para la prevención o el alivio de un defecto o enfermedad física o mental. La determinación a menudo depende de la palabra "principalmente".

A modo de ejemplo, la siguiente es una lista parcial:

- La totalidad o parte de los copagos requeridos, o los montos que excedan los límites usuales, habituales y razonables, de los servicios médicos cubiertos;
- Otros gastos médicos, siempre que sean gastos médicos calificados según lo definido por el IRS;
- Reclamaciones Dentales o de Vision no reembolsadas
- Copagos de medicamentos recetados;
- Educación para Diabéticos, siempre que presente una receta de su médico y obtenga la educación de un dietista con licencia

## ¿Qué gastos no están permitidos?

Los beneficios pagaderos en virtud de la MRA están sujetos a las reglas y regulaciones del IRS con respecto a la definición de gastos médicos del IRS que pueden incluirse en las deducciones de gastos médicos. La siguiente es una lista parcial de los gastos no pagaderos en virtud del MRA.

Incluyen, pero no se limitan a:

- Gastos ya procesados y el monto pagado por su compañía de seguro médico
- Servicios Cosméticos
- Primas de seguros de vida y primas para otros seguros

## ¿Qué tengo que hacer para solicitar el reembolso de mi MRA?

Debe enviar un formulario de reclamación de MRA completo junto con la siguiente información: (NOTA: NO SE ACEPTAN ESTADOS DE CUENTA DE SALDO ADEUDADO).

### Reembolso por:

Copagos Médicos  
Reclamaciones Dentales y de la Vista  
Copagos de Medicamentos Recetados  
caja registradora.

### Información requerida

Copia de su Formulario de Explicación de Beneficios. (EOB).  
Factura completa detallada que incluya la fecha del servicio y la explicación del servicio.  
Copia de los recibos de la etiqueta del medicamento que muestren el copago. NO ENVÍE recibos de

## ¿Dónde puedo obtener los formularios de reclamación de MRA?

Puede llamar a la Oficina del Fondo para que le envíen por correo un Formulario de Reclamación.

## ¿A dónde envío mis solicitudes de reembolso de MRA?

Envíe estas solicitudes a:                      Cuenta MRA del Plan de  
Salud de Albañiles de Ohio  
P.O. BOX 99550  
Troy, MI 48099

## ¿Existe un límite de tiempo para solicitar los beneficios de MRA?

Sí, las reclamaciones de MRA deben presentarse dentro de los 24 meses posteriores a la fecha en que se incurrió en el gasto.

## ¿Qué sucede con mi MRA después de jubilarme?

Podrá seguir utilizando su ARM como antes. En caso de que usted fallezca, su MRA será transferido a su cónyuge sobreviviente o a sus dependientes elegibles.

## ¿Cuál es mi beneficio máximo de MRA?

Su beneficio máximo es igual al saldo actual de su cuenta MRA.