

**STONE AND MARBLE MASONS OF METROPOLITAN WASHINGTON, D.C.
HEALTH & WELFARE FUND**
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, Maryland 21046
410-872-9553

May, 2023

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION #12

Dear Participant:

This Summary of Material Modifications is being provided to advise you as to certain new developments relating to the Stone and Marble Masons of Metropolitan Washington, D.C. Health and Welfare Fund (the Plan), which are applicable to the Plan and its Schedule of Benefits, with effective dates as noted. This Summary of Material Modifications describes changes to the terms of the Plan adopted by the Board of Trustees.

**IMPROVEMENTS AND CHANGES TO BENEFITS FOLLOWING THE END OF THE
NATIONAL AND PUBLIC HEALTH EMERGENCIES DUE TO COVID-19**

The following changes are being made to the plan of benefits:

1. End of the National Emergency

As you may have heard, President Biden recently ended the National Emergency caused by the COVID-19 pandemic effective April 10, 2023. The Public Health Emergency declared by the Department of Health and Human Services, however, remains in effect until May 11, 2023. For purposes of this Summary of Material Modifications, the Fund uses the term “National Emergency” to refer to both the National Emergency and the Public Health Emergency and uses May 11, 2023 as the end date for both declared Emergencies. As a result, the Fund has taken the following action:

a. Telehealth visits

Effective May 12, 2023, telehealth benefits (video and audio) for all conditions will become a permanent part of the Fund’s benefits for medically necessary telehealth visits. These charges will be processed in the same way as an in-person visit would be. The normal participant cost sharing rules (deductibles and co-insurance rates) will apply: 100% coverage for in-network visits and 90% coverage for out-of-network visits under the Annual Basic Benefits; then 80/20 in-network and 70/30 out-of-network. All office visits are subject to the \$10 co-pay.

b. COVID-19 Related Diagnostic Testing and Visits

Effective May 12, 2023, the Fund will cover medically necessary COVID-19 related diagnostic testing and visits at regular participant cost-sharing (deductibles and co-insurance rates): 100% coverage for in-network visits and 90% coverage for out-of-

network visits under the Annual Basic Benefits; then 80/20 in-network and 70/30 out-of-network. All office visits are subject to the \$10 co-pay. These charges had previously been covered at 100% through the end of the National Emergency.

c. COVID-19 Vaccine

Effective May 12, 2023, the Fund will cover the cost of the COVID-19 vaccine through the pharmacy and medical portions of the plan of benefits at regular participant cost-sharing (deductibles and co-insurance rates): 100% coverage for in-network visits and 90% coverage for out-of-network visits under the Annual Basic Benefits; then 80/20 in-network and 70/30 out-of-network. All office visits are subject to the \$10 co-pay. Previously, coverage of the COVID-19 vaccine was authorized only through the end of the National Emergency.

d. Over-the-counter COVID-19 Tests

Effective May 12, 2023 through August 31, 2023, the Fund will provide reimbursement of up to \$12 per at-home over-the-counter COVID-19 diagnostic test kit for up to four (4) test kits per month per family member enrolled in the Fund. In order to receive the reimbursement, you must pay for the tests out of pocket and then submit a claim to CVS Health by completing the online claim form and uploading the required information at www.caremark.com/covid19-otc.html. Previously, the Fund covered the costs of up to eight (8) at-home over-the-counter COVID-19 tests per month per family member enrolled in the Fund through the pharmacy benefit.

Please note that the Fund will continue to cover the cost of a medically necessary COVID-19 test prescribed by a health care provider under the medical benefit at regular cost sharing (deductibles and coinsurance). Additionally, we will notify you if the Fund elects to continue or modify coverage of the over-the-counter COVID-19 tests beyond August 31, 2023.

e. Elimination of Extended Deadlines due to National Emergency

The declaration of the National Emergency provided that certain deadlines were suspended until the earlier of one year from the date of the event or until 60 days after the end of the National Emergency. These deadlines include, but are not limited to, the COBRA election period, dates for making COBRA premium payments, dates for making self-payments, dates for notifying the Fund of a qualifying event under COBRA, and dates for filing claims for benefits, and appeals for benefits.

As stated above, although the National Emergency ended on April 10, 2023, the Fund is using May 11, 2023 as the end date. Thus, any deadlines will be extended for 60 days thereafter so that the time frame for counting down will begin on July 10, 2023. Thus, for example, if your claim for benefits was denied on March 1, 2023, the 180-day deadline for filing an appeal to the Board of Trustees begins to countdown on July 10, 2023 and will thus have to be made on or before January 6, 2024.

This is the Twelfth Summary of Material Modification issued to the Summary Plan Description (Fund Booklet) effective February 2019 as recorded on the outside front cover. Please place this with your Summary Plan Description (Fund Booklet) for handy reference and safekeeping. If you need a Summary Plan Description (Fund Booklet), please contact the Fund Office at (410) 872-9553. The Trustees continue to reserve the right to amend, modify, or terminate the Fund and any or all benefits provided thereunder.

Board of Trustees

Stone and Marble Masons of Metropolitan Washington,
D.C. Health and Welfare Fund

GRANDFATHERED HEALTH PLAN

This group health plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (the “Affordable Care Act”). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Fund Office. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans. You may also contact the U.S. Department of Health and Human Services at www.healthreform.gov.

STONE AND MARBLE MASONS OF METROPOLITAN WASHINGTON, D.C.
FONDO DE SALUD Y BIENESTAR
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, Maryland 21046
410-872-9553

Mayo, 2023

RESUMEN DE MODIFICACIONES IMPORTANTES #12

Estimado(a) participante:

Este Resumen de Modificaciones Importantes se proporciona para informarle sobre ciertas novedades relacionadas con el Fondo de Salud y Bienestar de Stone and Marble Masons of Metropolitan Washington, D.C. (el Plan), que son aplicables al Plan y a su Esquema de Prestaciones, con las fechas de vigencia que se indican. Este Resumen de Modificaciones Importantes describe los cambios a los términos del Plan adoptados por la Mesa Directiva.

**MEJORAS Y CAMBIOS EN LAS PRESTACIONES TRAS EL FIN DE LAS EMERGENCIAS
NACIONALES Y DE SALUD PÚBLICA DEBIDAS A LA COVID-19**

Se introducen los siguientes cambios en el plan de prestaciones:

1. Fin de la Emergencia Nacional

Como habrá oído, el Presidente Biden puso fin recientemente a la Emergencia Nacional causada por la pandemia de COVID-19 a partir del 10 de abril de 2023. Sin embargo, la Emergencia de Salud Pública declarada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos sigue vigente hasta el 11 de mayo de 2023. A efectos de este Resumen de Modificaciones Materiales, el Fondo utiliza el término "Emergencia Nacional" para referirse tanto a la Emergencia Nacional como a la Emergencia de Salud Pública y utiliza el 11 de mayo de 2023 como fecha de finalización de ambas Emergencias declaradas. Como resultado, el Fondo ha tomado las siguientes medidas:

a. Visitas de telesalud (Telehealth)

En vigor a partir del 12 de mayo de 2023, las prestaciones de telesalud (vídeo y audio) para todas las afecciones pasarán a formar parte permanente de las prestaciones del Fondo para las visitas de telesalud médicamente necesarias. Estos gastos se procesarán del mismo modo que se haría con una consulta en persona. Se aplicarán las normas habituales de reparto de costes entre participantes (deducibles e índices de coaseguro): 100% de cobertura para las consultas dentro de la red y 90% de cobertura para las consultas fuera de la red en el marco de las prestaciones básicas anuales; después 80/20 dentro de la red y 70/30 fuera de la red. Todas las consultas en el consultorio están sujetas al pago de un copago de \$10.

b. Pruebas y consultas de diagnóstico relacionadas con COVID-19

En vigor a partir del 12 de mayo de 2023, el Fondo cubrirá las pruebas de diagnóstico y las consultas relacionadas con la COVID-19 médicamente necesarias con la compartición de costos habitual para los participantes (deducibles e índices de coaseguro): 100% de cobertura para las consultas dentro de la red y 90% de cobertura para las consultas fuera de la red en el marco de las prestaciones básicas anuales; después 80/20 dentro de la red y 70/30 fuera de la red. Todas las consultas en el consultorio están sujetas al copago de \$10. Anteriormente, estos gastos estaban cubiertos al 100% hasta el final de la emergencia nacional.

c. Vacuna contra COVID-19

En vigor a partir del 12 de mayo de 2023, el Fondo cubrirá el costo de la vacuna contra la COVID-19 a través de las partes de farmacia y médica del plan de prestaciones con la compartición de costos habitual de los participantes (deducibles e índices de coaseguro): 100% de cobertura para las consultas dentro de la red y 90% de cobertura para las consultas fuera de la red en el marco de las prestaciones básicas anuales; después 80/20 dentro de la red y 70/30 fuera de la red. Todas las consultas en el consultorio están sujetas al copago de \$10. Anteriormente, la cobertura de la vacuna COVID-19 sólo estaba autorizada hasta el final de la emergencia nacional.

d. Pruebas COVID-19 de venta libre

A partir del 12 de mayo de 2023 y hasta el 31 de agosto de 2023, el Fondo proporcionará un reembolso de hasta \$12 por kit de pruebas de diagnóstico COVID-19 de venta libre en el hogar para un máximo de cuatro (4) kits de pruebas al mes por miembro de la familia inscrito en el Fondo. Para recibir el reembolso, deberá pagar las pruebas de su bolsillo y, a continuación, presentar una reclamación a CVS Health completando el formulario de reclamación en línea y cargando la información requerida en www.caremark.com/covid19-otc.html. Anteriormente, el Fondo cubría los costos de hasta ocho (8) pruebas COVID-19 de venta libre en casa por mes por miembro de la familia inscrito en el Fondo a través de las prestaciones de farmacia.

Tenga en cuenta que el Fondo continuará cubriendo el costo de una prueba COVID-19 médicamente necesaria recetada por un proveedor de atención médica en el marco de las prestaciones médicas con el costo habitual compartido (deducibles y coaseguro). Además, le notificaremos si el Fondo elige continuar o modificar la cobertura de las pruebas COVID-19 de venta libre más allá del 31 de agosto de 2023.

e. Eliminación de los plazos prolongados debido a la emergencia nacional

The declaration of the National Emergency provided that certain deadlines were suspended until the earlier of one year from the date of the event or until 60 days after the end of the National Emergency. These deadlines include, but are not limited to, the COBRA election period, dates for making COBRA premium payments, dates for making self-payments, dates for notifying the Fund of a qualifying event under COBRA, and dates for filing claims for benefits, and appeals for benefits.

Como se indicó anteriormente, aunque la emergencia nacional finalizó el 10 de abril de 2023, el Fondo está utilizando el 11 de mayo de 2023 como fecha de finalización. Por lo tanto, los plazos se prolongarán durante 60 días a partir de entonces, de modo que el plazo para la cuenta atrás comenzará el 10 de julio de 2023. Así, por ejemplo, si su reclamación de prestaciones fue denegada el 1 de marzo de 2023, el plazo de 180 días para presentar una apelación ante la Mesa Directiva empezará a contar el 10 de julio de 2023 y, por tanto, tendrá que hacerlo el 6 de enero de 2024 o antes.

Este es el decimosegundo Resumen de Modificaciones Importantes emitido a la Descripción resumida del Plan (Folleto del Fondo) con vigencia a partir de febrero de 2019, tal y como consta en la portada exterior. Le rogamos que lo coloque junto a su Descripción resumida del Plan (Folleto del Fondo) para tenerlo a mano y guardarlo. Si necesita una Descripción resumida del Plan (Folleto del Fondo), póngase en contacto con la oficina del Fondo llamando al (410) 872-9553. Los Fideicomisarios continúan reservándose el derecho de enmendar, modificar o terminar el Fondo y cualquiera o todas las prestaciones proporcionadas en virtud del mismo.

Board of Trustees

Stone and Marble Masons of Metropolitan Washington,
D.C. Health and Welfare Fund

PLAN MÉDICO PROTEGIDO

Este plan de salud colectivo considera que es un "plan médico protegido" en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (la "Ley de Atención Médica Asequible"). Tal y como permite la Ley de Atención Médica Asequible, un plan médico protegido puede conservar ciertas coberturas médicas básicas que ya estaban en vigor cuando se promulgó dicha ley. Ser un plan médico protegido significa que su plan puede no incluir ciertas estipulaciones de protección al consumidor de la Ley de Atención Médica Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la estipulación de servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir otras protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Médica Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites vitalicios de las prestaciones. Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y cuáles no a un plan médico protegido y qué puede hacer que un plan deje de ser un plan médico protegido pueden dirigirse a la oficina del Fondo. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Prestaciones para Empleados, del Ministerio de Trabajo de EE.UU. en el 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web contiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no a los planes médicos protegidos. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en www.healthreform.gov.