

**Plan de Salud y Bienestar de los
Empleados de la Industria de
la Pavimentación del Área
Metropolitana de D.C.**

**RESUMEN DE LA
DESCRIPCIÓN DEL PLAN**

Vigente al 1 de Octubre de 2022

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CONDICIÓN DE PLAN CON DERECHOS ADQUIRIDOS POR ANTIGÜEDAD	2
RESUMEN DE SUS BENEFICIOS	3
DEFINICIONES	5
REGLAS RELATIVAS A LA ELIGIBILIDAD	7
NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS	12
CERTIFICADOS DE COBERTURA ACREDITABLE	14
PROGRAMA DE PAGO POR CUENTA PROPIA	14
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA (COBRA)	16
ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS	18
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	21
MEDICARE Y PARTE D DE MEDICARE	22
REEMBOLSO DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS/SUBROGACIÓN	23
BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	25
INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO	26
SERVICIOS PREVENTIVOS	27
BENEFICIOS BÁSICOS	28
BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS MAYORES	34
GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS	36

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL	37
BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA	38
BENEFICIOS DE APARATOS AUDITIVOS	39
PROGRAMA DE TARJETA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS	39
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN	44
PAGO DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS	46
SANCIONES POR LA FALSIFICACIÓN DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS O POR LA NO DEVOLUCIÓN DE MONTOS PAGADOS DE MÁS	47
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN.....	47
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIÓN CONFORME A ERISA	52
PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.....	67
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.....	68

INTRODUCCIÓN

**Plan de Salud y Bienestar de los Empleados de la Industria de la
Pavimentación del Área Metropolitana de D.C.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, Maryland 21046
410-872-9541**

Estimado amigo y participante:

NOS COMPLACEMOS en entregarle esta versión actualizada del Plan de Beneficios y el Resumen de la Descripción del Plan del Plan de Salud y Bienestar de los Empleados de la Industria de la Pavimentación (el "Plan") que incluye todas las enmiendas introducidas al Plan a la fecha de su impresión.

El plan ofrece cobertura de hospitalización, atención médica y quirúrgica, medicamentos recetados, servicios odontológicos, oftalmológicos, ingresos semanales por accidente y enfermedad y beneficios por fallecimiento. El objetivo de este folleto es explicar los beneficios disponibles para usted y sus dependientes elegibles, así como las reglas que rigen estos beneficios, entre ellas los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios o apelaciones.

Le recomendamos que lea estas páginas detenidamente y se familiarice con su contenido, y que mantenga a mano esta guía útil para su consulta en el futuro.

Este Plan es administrado por una Junta de Fideicomisarios. La mitad de dichos Fideicomisarios es designada por los empleadores y la otra mitad es designada por los sindicatos locales participantes. La Junta de Fideicomisarios utiliza, a su vez, los servicios de una firma administradora profesional para que ponga en práctica sus instrucciones y lleve a cabo las operaciones diarias del Plan. El agente administrativo es BeneSys (antes Carday Associates, Inc.)

Los Fideicomisarios tratan siempre de ofrecerles mayores beneficios a usted y a sus dependientes, cuando la situación financiera lo permite. A fin de proteger los intereses de los participantes y beneficiarios del Plan, los Fideicomisarios se reservan el derecho de dar por terminado, suspender, enmendar o modificar el Plan, ya sea parcial o totalmente, en cualquier momento. En el caso de que este se diera por terminado, se asignarían los activos del Plan y se pagarían las reclamaciones de beneficios en la forma determinada por los Fideicomisarios.

El Fondo participa en la red de la Organización de Proveedores Preferidos CareFirst BCBS. El uso de los hospitales y Proveedores de esta red suele suponer un ahorro para el Fondo y puede suponer también un ahorro para usted. Por lo tanto, siempre que sea posible, usted debe acudir a los hospitales y médicos de la red CareFirst BCBS.

Si después de leer este folleto tiene alguna pregunta, comuníquese con BeneSys, Agente Administrativo del Plan.

Atentamente,

LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

CONDICIÓN DE PLAN CON DERECHOS ADQUIRIDOS POR ANTIGÜEDAD

La Junta de Fideicomisarios cree que el Plan es un "plan médico con derechos adquiridos por antigüedad" conforme a 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 preservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se promulgó la ley. Ser un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad significa que es posible que, en este momento, el Plan no tenga que incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado a Bajo Precio que se aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito de provisión de servicios médicos preventivos sin compartir ningún costo. 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 de la Ley de Cuidado a Bajo Precio aplican y cuáles no 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 se pueden dirigir al administrador del plan, BeneSys, al 410-872-9541. 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. El sitio web del Departamento del Trabajo tiene un cuadro que resume cuáles protecciones de la Ley aplican y no aplican a los planes médicos con derechos adquiridos por antigüedad.

RESUMEN DE SUS BENEFICIOS PARA EMPLEADOS ELEGIBLES SOLAMENTE

PARA EMPLEADOS ELEGIBLES SOLAMENTE

Beneficio por Fallecimiento ([Página 26](#)).....\$10,000.00

Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad ([Página 25](#)).....\$250.00

Máximo pagadero: 13 semanas

PARA LOS EMPLEADOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES

Beneficios Médicos

Nota: Los importes en dólares indicados a continuación son los límites anuales de los importes pagados como Beneficio Básico. El saldo del Monto Permitido se paga según el Beneficio de Gastos Médicos Mayores al 80%, siendo el Coseguro del 20%. Una vez que haya alcanzado el Máximo de Gasto de Bolsillo, el Fondo pagará el 100% del Monto Permitido. Si se incurre en un Gasto Cubierto por la atención de un Proveedor fuera de la red en un Departamento de Emergencia en relación con Servicios de Emergencia o por Servicios que no son de Emergencia en un centro dentro de la red, o por servicios de ambulancia aérea fuera de la red, el Beneficio del Seguro Médico Mayor pagará la Tarifa Fuera de la Red por los Gastos Cubiertos. Usted es responsable de pagar el 20% de la Cantidad Reconocida.

Máximo de Gastos Médicos de Bolsillo ([Página 34](#)) (por año calendario)

- Por individuo.....\$5,000.00
- Por familia.....\$10,000.00

Beneficios de Hospitalización ([Página 29](#)) (por afección, incluidos los Trastornos Nerviosos/Mentales y por Consumo de Sustancias) (se requiere un certificado de preadmisión ([Página 43](#)) para las admisiones en el Hospital que no sean Servicios de Emergencia)

- Hospitalización diaria (cuarto semiprivado) hasta.....\$130.00
- Beneficio máximo (31 días).....\$4,030.00
- Hospitalización diaria (cuidado intensivo) hasta.....\$245.00
- Beneficio máximo (10 días).....\$2,450.00
- Monto máximo de gastos adicionales de hospitalización.....\$1,000.00

Beneficios Quirúrgicos ([Página 32](#))

- Máximo por afección clínica.....\$1,000.00

Beneficios de Anestesia ([Páginas 29, 35 y 37](#))

- Máximo por afección clínica.....\$1,000.00

Beneficios por Procedimientos de Diagnóstico, Rayos X y Laboratorio ([Página 30](#))

- Monto máximo por año calendario.....\$250.00

Beneficios de Maternidad ([Página 30](#))

- Costos de hospitalización.....Monto igual al de cualquier otra afección
- Cargos del Proveedor.....Ver Cirugía, Beneficios por gastos

Visitas al Proveedor ([Página 32](#)) (por afección, incluidas las nerviosas/mentales y los trastornos por abuso de sustancias)

- Beneficio básico permitido por visita, en las primeras 20 visitas...\$20.00

Examen Médico Anual ([Página 33](#))

- Beneficio básico permitido por año calendario.....\$100.00

Beneficios por Gastos Médicos Mayores ([Página 33](#))

- Monto máximo por año calendario.....ILIMITADO

Terapia física ([Página 33](#)) (Solamente Beneficio Básico; las visitas adicionales no están cubiertas por el Plan de Seguro Médico Mayor)

- Cantidad máxima de visitas por año calendario.....15
- Las visitas se pagan al 100% del monto permitido

Servicios Preventivos ([Página 27](#)) (Dentro de la Red solamente)

Beneficios no Médicos ([Página 37](#))

Beneficio de Atención Dental ([Página 37](#))

- Adultos y beneficios pediátricos no esenciales: Máximo por persona y Año Calendario
 - hasta 31 de diciembre 2022.....\$600.00
 - efectivo al 1 de enero 2023.....\$750.00
- Para las personas cubiertas menores de 19 años: No hay un máximo de beneficios esenciales cubiertos.

Beneficio de Atención de la Vista ([Página 38](#))

- Máximo por persona y Año Calendario.....\$400.00
- Para las personas cubiertas menores de 19 años: No hay un máximo de beneficios esenciales cubiertos.

Beneficio de la Tarjeta de Medicamentos Recetados ([Página 39](#))

- Monto máximo por año calendario, por familia.....ILIMITADO

Beneficios de Dispositivos Auditivos ([Página 39](#))

- Máximo por cada tres Años Calendario.....\$500.00

DEFINICIONES

Las palabras en mayúsculas en este documento del Plan tienen un significado particular. A continuación, se presentan algunas definiciones. Otras aparecen en otras partes del Plan.

Monto Permitido: se refiere a (1) la tarifa de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) establecida por CareFirst BCBS ("tarifa PPO") si el Proveedor participa en la red de CareFirst, o (2) la tarifa usual, acostumbrada y razonable (UCR, por sus siglas en inglés) si el Proveedor está fuera de la red. La tarifa UCR es determinada por los Fideicomisarios a través de varios medios, incluyendo, pero sin limitarse a, la comparación con los cargos generalmente incurridos por personas en circunstancias similares por servicios y suministros similares en casos de naturaleza y gravedad comparables en la misma área geográfica en cuestión.

Beneficio Básico: beneficio que se paga al 100% hasta el límite establecido en el Resumen de Beneficios para los Gastos Cubiertos específicos allí identificados.

Coseguro: porcentaje de los costos de un servicio médico cubierto que usted paga (20%, por ejemplo).

Pacientes de Atención Continuada: pacientes que, con respecto a un Proveedor o centro, están (i) sometidos a tratamiento por una enfermedad compleja o grave; (ii) sometidos a un curso de atención institucional o de hospitalización; (iii) programados para someterse a una cirugía no electiva, incluidos los cuidados postoperatorios; (iv) embarazadas y sometidas a tratamiento por embarazo; o (v) enfermos terminales y sometidos a tratamiento por dicha enfermedad.

Empleo Cubierto: trabajo por el que un Empleador está obligado a cotizar al Fondo en virtud de un Convenio de Negociación Colectiva u otra estipulación firmada.

Gasto Cubierto: cualquier cargo permitido por este Plan para un servicio o suministro que sea Médicamente Necesario para el diagnóstico, tratamiento, mitigación o curación de una enfermedad o lesión de una estructura o función de la mente o el cuerpo.

Departamento de Emergencias: se refiere al departamento de emergencias de un hospital; a otro departamento del hospital que proporciona Servicios de Emergencia; o a un centro de atención médica que proporciona Servicios de Emergencia y que está geográficamente separado, es distinto y tiene una licencia independiente de un hospital.

Afección Médica de Emergencia: una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido, pero sin limitarse al dolor severo) que una persona prudente, que posea un conocimiento medio de la salud y la medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata tenga como resultado (i) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto) en grave peligro; (ii) el deterioro grave de las funciones corporales; o (iii) la disfunción grave de

cualquier órgano o parte del cuerpo. No se determinará si una afección médica es una afección médica de emergencia en función de los códigos de diagnóstico utilizados por el Proveedor o el centro.

Servicios de Emergencia: se refiere a una Afección Médica de Emergencia, (i) un examen médico apropiado realizado en un Departamento de Emergencias, incluidos los servicios auxiliares disponibles de forma rutinaria para evaluar dicha Afección Médica de Emergencia; (ii) el examen y tratamiento médico adicional que se requiera según la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (como si fuera aplicable a todos los Departamentos de Emergencia) para estabilizar al paciente; y, a menos que el paciente renuncie a ello, otros Gastos Cubiertos proporcionados por un Proveedor o un Departamento de Emergencias fuera de la red después de que la persona sea estabilizada y como parte de la observación ambulatoria o de una estancia de hospitalización o ambulatoria con respecto a la visita en la que se prestan los servicios descritos en (i) o (ii) de esta definición.

Hospital: se refiere a cualquier hospital general que esté autorizado en virtud de cualquier ley estatal aplicable o, en ausencia de una ley estatal de autorización, que cumpla con cualquier otro requisito impuesto a los hospitales dentro de esa jurisdicción, que no sea principalmente una clínica o una residencia de ancianos, de descanso o de convalecencia o un establecimiento similar.

Beneficio de Gastos Médicos Mayores: un beneficio que normalmente cubre el 80% del exceso del Monto Permitido sobre la parte que fue pagada por el Beneficio Básico.

Médicamente Necesario: servicios o suministros proporcionados o prescritos por un Proveedor u otro proveedor autorizado para identificar o tratar una enfermedad o lesión diagnosticada o razonablemente sospechada, cuyo otorgamiento es: (1) compatible con el diagnóstico y el tratamiento de la afección del paciente; (2) de acuerdo con las normas de la buena práctica médica; (3) requerido por motivos distintos a la conveniencia del paciente, del Proveedor o de otro proveedor autorizado; y (4) el nivel más apropiado de servicio o suministro que pueda proporcionarse de forma segura para el paciente. Cuando el término "Médicamente Necesario" se utiliza para describir la atención en hospital, significa que los síntomas médicos y la afección del paciente son tales que el servicio o el suministro no pueden proporcionarse de forma segura al paciente de forma ambulatoria. El hecho de que los servicios o suministros sean proporcionados o prescritos por un Proveedor u otro proveedor autorizado no significa necesariamente que los servicios y suministros sean "Médicamente Necesarios".

Tarifa Fuera de la Red: se refiere a la medida exigida por la ley federal con respecto a la atención en un Departamento de Emergencia en relación con los Servicios de Emergencia, los servicios prestados por un Proveedor fuera de la red en un centro de la red y los servicios de ambulancia aérea fuera de la red, ya sea (i) el monto acordado como pago completo por el Fondo y el Proveedor o (ii) el monto determinado por el proceso independiente de resolución de disputas previsto en la ley federal (secciones 9816(c) o 9817(b) del Código de Impuestos

Internos), en cada caso reducido por el monto adeudado por el participante como costo compartido, si lo hubiera.

Proveedor: un médico o cirujano (M.D.–Doctor en Medicina-o D.O. -Doctor en Medicina Osteopática), enfermero, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una serie de servicios de atención médica. En la medida en que los servicios estén cubiertos por este Plan, y mientras la persona ejerza dentro del ámbito de su licencia, el término "Proveedor" incluye a un dentista, podólogo, quiropráctico, psicólogo, trabajador social clínico autorizado, fisioterapeuta u otro proveedor de atención médica autorizado.

Monto de Pago Calificado: un monto determinado de acuerdo con los reglamentos emitidos por los Departamentos del Tesoro, Salud y Servicios Humanos, y Trabajo. Por lo general, el Monto de Pago Calificado es igual a la tarifa mediana contratada para un artículo o servicio a partir del 31 de enero de 2019, y ajustada anualmente a partir de entonces de acuerdo con las pautas del Departamento del Tesoro y el Servicio de Impuestos Internos.

Monto Reconocido: el menor entre el Monto de Pago Calificado y el monto efectivamente facturado por el Proveedor.

REGLAS RELATIVAS A LA ELIGIBILIDAD

Elegibilidad inicial (para empleados nuevos de Empleadores que hacen aportaciones actualmente)

Cuando un empleado nuevo es contratado por un Empleador que ya tiene la obligación de hacer aportaciones al Plan de Salud y Bienestar ("Plan") de los Empleados de Metropolitan D.C. Paving Industry, se requiere que dicho Empleador comience a informarle al Plan las horas del empleado a partir del primer día de empleo. Después de que el empleado ha trabajado por lo menos 380 horas durante los primeros tres (3) meses consecutivos de Empleo Continuo (según se define a continuación), se requiere que el Empleador comience a efectuar aportaciones al Plan en nombre del empleado a partir del primer día del cuarto mes de Empleo Continuo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan a partir del primer día del quinto mes de Empleo Continuo.

Si el empleado nuevo no cumple con el requisito mínimo de 380 horas durante los primeros tres meses de empleo, entonces se requiere que el Empleador comience a efectuar aportaciones al Plan en nombre del empleado nuevo a partir del primer día del mes siguiente a cuando el empleado haya, por primera vez, trabajado por lo menos 380 horas dentro del período de tres (3) meses consecutivos de Empleo Continuo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan a partir del primer día del mes siguiente al primer mes de aportaciones.

Empleo Continuo

Empleo Continuo se define como trabajar bajo los términos de un Convenio Colectivo que requiere que se hagan aportaciones al Plan por un mínimo de 120 horas al mes en meses consecutivos.

Elegibilidad retroactiva

Debido al tiempo que toma para que los informes de horas del empleador sean presentados y procesados por la Oficina del Plan, usted podría ser elegible para recibir beneficios de conformidad con esta sección antes de que reciba su tarjeta de beneficios del Plan o incluso antes de que la Oficina del Plan se entere de su elegibilidad. En ese caso, una vez que el Plan haya recibido los informes de horas que establecen su elegibilidad, la cobertura se proveerá de manera retroactiva comenzando en la fecha indicada en esta sección. Luego, usted puede presentar las reclamaciones de beneficios en que haya ocurrido durante el período de su elegibilidad.

Elegibilidad inicial para un "empleado con experiencia"

Cuando el Sindicato Local y el Empleador estén de acuerdo que un empleado recién contratado que no era previamente elegible para recibir cobertura del Plan tiene suficiente experiencia de trabajo en la industria para que se le considere un "empleado con experiencia", se requiere que el Empleador comience a informar las horas al Plan a partir del primer día de empleo. Después de que un empleado recién contratado haya trabajado por lo menos 240 horas durante los primeros dos (2) meses consecutivos de empleo continuo, se requiere que el Empleador comience a efectuar aportaciones al Plan en nombre del empleado a partir del primer día del tercer mes de Empleo Continuo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan a partir del primer día del cuarto mes de Empleo Continuo.

Elegibilidad inicial para empleados existentes de Empleadores que son nuevos en el Plan ("grupos recién sindicalizados"):

Cuando un Empleador nuevo firma su primer convenio colectivo que requiere que se hagan aportaciones al Plan a partir del 1 de marzo de 2017, se requerirá que el Empleador comience a informar las horas y a hacer aportaciones en nombre de sus empleados existentes a partir de la fecha de firma del convenio colectivo ("fecha de firma"). Los empleados actuales del Empleador adquirirán la elegibilidad para recibir beneficios del Plan a partir de esa fecha. Para todos los empleados contratados en el futuro (contratados después de la fecha de firma), la elegibilidad de los empleados se regirá por las reglas de elegibilidad inicial estipuladas anteriormente para Empleadores que ya estén obligados a hacer aportaciones al Plan.

Mantenimiento de la elegibilidad

Una vez que un empleado adquiere la elegibilidad bajo cualquiera de las reglas de elegibilidad inicial anteriores, dicho empleado sigue siendo elegible siempre y cuando trabaje en un Empleo Continuo. En caso de que el empleado

no trabaje por lo menos 120 horas en un mes, entonces el empleado deberá haber acumulado un mínimo de 720 horas durante los seis meses previos a dicho mes a fin de mantener su elegibilidad.

Pérdida de la elegibilidad

Si el empleado no tiene horas suficientes para mantener la elegibilidad bajo la disposición anterior, la elegibilidad del empleado terminará al final del segundo mes siguiente al último mes durante el cual el empleado trabajó un mínimo de 120 horas. Si el empleado pierde su elegibilidad de conformidad con esta disposición, dicho empleado tendrá la oportunidad de hacer pagos por cuenta propia bajo los términos de este Plan. Vea el Programa de Pago por Cuenta Propia a continuación.

Cómo recobrar su elegibilidad

Para que un empleado previamente elegible pueda recobrar la elegibilidad, se requiere que el empleado trabaje un mínimo de 240 horas en dos (2) meses consecutivos. El Empleador está obligado a comenzar a declarar las horas y a realizar las aportaciones al Fondo en nombre del empleado a partir del primer día de renovación del empleo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan de Salud y Bienestar a partir del primer día del segundo mes de Empleo Continuo.

Disposiciones especiales en caso de quedar incapacitado

Si, mientras usted es elegible para recibir beneficios, queda incapacitado para trabajar debido a cualquier lesión o enfermedad, su elegibilidad continuará mientras permanezca discapacitado, al igual que si todavía estuviera trabajando para un empleador aportador, hasta un máximo de 12 meses o cuatro trimestres después del último trimestre que trabajó en un Empleo Cubierto, siempre y cuando continúe proporcionando evidencia médica de su discapacidad continua (incluida la Indemnización por Accidentes de Trabajo) a satisfacción de los Fideicomisarios.

Elegibilidad conforme a la ley FMLA

La Ley de Ausencias por Motivos de Familia o Médicos (Family and Medical Leave Act: FMLA) de 1993, en su forma enmendada, estipula que los empleadores de 50 o más empleados deben conceder, a solicitud de un empleado, hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo con protección del empleo cada año debido a una afección médica grave del empleado mismo, el cuidado de un hijo, cónyuge o parente que sufra de una afección médica grave, el nacimiento de un hijo o la colocación de un niño con el empleado para fines de adopción o como hijo de crianza, o por una "exigencia calificada", según lo definen los reglamentos correspondientes, que surja del hecho de que un miembro de la familia cubierto presta servicio activo cubierto en las fuerzas armadas. Además, la FMLA, en su forma enmendada, estipula que un empleado elegible que es miembro de la familia o familiar calificado de un miembro del servicio militar activo cubierto se puede tomar una licencia de hasta 26 semanas laborables durante un período único

de 12 meses para cuidar de un miembro del servicio activo cubierto con una enfermedad o lesión grave sufrida durante el desempeño de sus deberes.

La determinación de su elegibilidad para tal licencia debe ser determinada por usted y su empleador. Se requiere que los empleadores cubiertos por la ley FMLA mantengan la cobertura médica de los empleados ausentes conforme a la ley FMLA, siempre y cuando esa cobertura se haya provisto antes de tomar la licencia y bajo los mismos términos que si el empleado hubiese continuado trabajando. Eso significa que se requiere que un empleador continúe haciendo aportaciones al Plan en nombre de los empleados mientras estén ausentes conforme a la ley FMLA. Los empleados se deben comunicar con la Oficina del Plan si planean tomar una licencia conforme a la ley FMLA para que el Plan esté al tanto de la responsabilidad del empleador de informarlo y hacer aportaciones durante su ausencia. Los empleados que tengan preguntas sobre la ley FMLA se deben comunicar con sus empleadores o con la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas (Wage and Hour Division) que aparece en la mayoría de los directorios telefónicos bajo Gobierno de EE.UU. (U.S. Government), Departamento del Trabajo (Labor Department), División de Estándares de Empleo (Employment Standards Division).

Elegibilidad para los Empleados que no pertenecen a la Unidad de Negociación

Un Empleado Que No Pertenece a la Unidad de Negociación es un empleado de un empleador aportador al Fondo ("Empleador") que no trabaja bajo los términos del Acuerdo de Negociación Colectiva que requiere aportaciones al Fondo. Un Empleador puede firmar un Convenio de Participación con el Fondo en el que se prevea el pago de aportaciones al Fondo en nombre de los Empleados que no pertenecen a la Unidad de Negociación en los términos acordados por los Fideicomisarios a su entera discreción. Cuando un nuevo empleado es contratado por un Empleador que ha firmado un Convenio de Participación con el Fondo, y el empleado está cubierto por el Convenio de Participación, el Empleador está obligado a comenzar a reportar y pagar las aportaciones en nombre de ese empleado a partir del primer día de trabajo. El empleado adquiere la elegibilidad para recibir beneficios del Fondo a partir del primer día del mes siguiente al mes en que el Empleador comenzó a remitir las aportaciones en nombre del empleado.

Un Empleado Que No Pertenece a la Unidad de Negociación que esté cubierto por un Convenio de Participación con el Fondo y que, por lo tanto, haya alcanzado la elegibilidad para recibir beneficios del Fondo, mantendrá la elegibilidad para recibir beneficios del Fondo hasta que ocurra lo primero de lo siguiente: (1) el último día del mes en el que el empleado deja de ser empleado por el Empleador como empleado a tiempo completo sin contrato colectivo; o (2) el último día del mes en el que el Convenio de Participación del Empleador es terminado. Los Empleados Que No Pertenecen a la Unidad de Negociación no pueden participar en el programa de pago por cuenta propia del Fondo.

Cobertura de sus dependientes

Sus dependientes elegibles serán su cónyuge y ciertos hijos, tal como se define a continuación.

El término “hijos” incluirá: (1) los hijos biológicos del participante; (2) los hijos adoptados legalmente del participante; (3) los niños colocados legalmente con la familia del participante en espera de su adopción; (4) los hijastros legales del participante; (5) los hijos de crianza (foster children) elegibles colocados legalmente con la familia del participante por una agencia de colocación autorizada o por fallo, decreto u otra orden de cualquier tribunal con jurisdicción competente; (6) los nietos, sobrinas y sobrinos del participante que vivan con el participante en una relación paterno-filial y dependan del participante para más de la mitad de su sustento financiero.

La condición de dependiente continuará en el caso de un hijo hasta finalizar el mes en que el hijo cumpla 26 años de edad.

La condición de dependiente también continuará después de cumplir 26 años de edad para un hijo de un participante si el hijo tiene una discapacidad física o mental que le impide ganarse la vida, siempre y cuando la discapacidad haya comenzado mientras el hijo era elegible para recibir beneficios de dependiente y el hijo (a) se halla permanente y totalmente discapacitado, vive con el participante durante más de la mitad del año y no aporta más de la mitad de su propia manutención (incluidos los beneficios federales por discapacidad), o (b) depende del participante para más de la mitad de su manutención.

También se proporcionará cobertura según lo estipule una Orden Calificada de Sustento Médico de Hijos (Qualified Medical Child Support Order: QMCSO), tal como lo define la Sección 609 de la ley ERISA. Una QMCSO es un fallo, decreto o aprobación judicial de un acuerdo de determinación que estipule la cobertura de un hijo del participante bajo un plan de seguro médico colectivo o que deba cumplirse por una ley estatal relativa al suministro de seguro médico para hijos. Una vez que una orden tal sea emitida por un tribunal, deberá ser enviada a la Oficina del Plan, el cual determinará si se trata de una orden condicionada. Cuando usted presente una orden tal a la Oficina del Plan, recibirá un ejemplar de los procedimientos que sigue el Plan para determinar si dicha orden es o no condicionada. Si su hijo(a) objeto de la Orden Calificada de Sustento Médico de Hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés) no es su "dependiente", tal como se define en la sección 152 del Código de Rentas Internas, usted podrá estar sujeto al pago de impuestos sobre la renta por el valor razonable de mercado de la cobertura provista para dicho hijo por el Plan, conforme a los términos de la QMCSO.

Si usted fallece mientras es todavía elegible para recibir beneficios, sus dependientes elegibles permanecerán cubiertos por el Plan durante el período de elegibilidad que usted haya adquirido, basándose en el trabajo que realizaba en un Empleo Cubierto. Además, sus dependientes elegibles recibirán seis meses adicionales de elegibilidad si usted cumple los siguientes requisitos: (1) en la

fecha en que fallece, usted era elegible para recibir beneficios del Plan, basándose en el trabajo que realizaba en un Empleo Cubierto; (2) en el momento de su fallecimiento, tenía derechos adquiridos en el plan de pensiones en el que participaba a través de su Sindicato Local; y (3) en la fecha de su fallecimiento, usted era miembro en pleno derecho del Sindicato local. Sus dependientes elegibles tendrán derecho a elegir Cobertura continuada cuando venzan sus requisitos de elegibilidad en el Plan en virtud de esta disposición.

Salvo según se estipule en lo anterior, la cobertura de sus dependientes (que no sean las coberturas a pago por cuenta propia o de COBRA que se describen a continuación) terminará en la fecha más temprana de las siguientes: (1) el último día del mes calendario en el que deje de ser elegible para recibir cobertura o (2) el último día del mes calendario en el que el dependiente ya no se considere dependiente de conformidad con la definición del plan que se indicó anteriormente; por ejemplo, como resultado de un divorcio (en el caso del cónyuge) o cuando un hijo adulto cumpla 26 años de edad.

A partir del 1 de abril de 2013, también puede optar por finalizar la cobertura de su cónyuge o hijo(a) antes de la fecha en que dicha cobertura finalizaría de otro modo, pero solo si se cumplen las siguientes condiciones: (1) el dependiente tiene otra cobertura médica; (2) el dependiente (en el caso de una persona mayor de 18 años de edad) da su consentimiento para que se cancele su cobertura bajo este Plan. La cobertura terminará el último día del mes calendario durante el cual la Oficina del Plan reciba su elección de cancelar la cobertura de dependiente, que debe ser presentada en un formato aceptable por la Junta de Fideicomisarios. Un dependiente cuya cobertura termine de esa manera podrá obtener cobertura del plan nuevamente, si aún es elegible, el primer día del mes calendario siguiente al mes calendario durante el cual la Oficina del Plan reciba una notificación por escrito de su reinscripción, que puede ser en cualquier momento si el dependiente pierde algún otro tipo de cobertura. Si el dependiente aún tiene otra cobertura, podrá presentar una solicitud de reinscripción únicamente durante el mes de septiembre.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

Todos los dependientes deberán figurar en la tarjeta de inscripción aprobada. Además, el Plan podrá pedir que se completen y aprueben otras declaraciones juradas si los Fideicomisarios, a su sola discreción, determinan que dichas pruebas adicionales son necesarias para establecer la elegibilidad. Si un dependiente adquiere la elegibilidad después de la inscripción suya (p. ej., debido a un acontecimiento de la vida como matrimonio, nacimiento, adopción, etc.), usted debe notificar al Plan dentro de un plazo de treinta (30) días del acontecimiento de la vida (dentro de un plazo de sesenta (60) si el acontecimiento de la vida es el nacimiento de su hijo) para que la elegibilidad del dependiente nuevo cobre vigencia en la fecha de dicho acontecimiento de la vida. Si usted no avisa oportunamente, la cobertura del dependiente entrará en vigor el primer día del mes después de que el Plan haya recibido prueba satisfactoria de la elegibilidad.

Por lo tanto, una vez que su elegibilidad entre en vigor, será necesario notificar a la Oficina del Plan de cambios en su familia, tales como:

- A. Cualquier cambio de su estado civil;
- B. Los nombres y las fechas de nacimiento de hijos recién nacidos o adoptados;
- C. Fecha en que cualquier hijo dependiente cumple 26 años;
- D. Cualquier cambio de dirección;
- E. Cambios de beneficiarios.

Esta información es necesaria para evitar cualquier retraso en la tramitación de sus reclamaciones de beneficios. El Agente Administrativo podrá pedirle ciertos documentos para confirmar la elegibilidad y facilitar el trámite de sus reclamaciones de beneficios. La notificación de cambios también es necesaria para que el Plan sepa que debe pagar las reclamaciones de beneficios para personas que son elegibles (como hijos nuevos) y que no debe pagar las reclamaciones de beneficios de personas que ya no son elegibles (como su excónyuge después de un divorcio).

Elegibilidad relacionada con el servicio en las Fuerzas Armadas

El Plan cumplirá con todos los requisitos que estipula la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Miembros de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act: USERRA) para participantes en el servicio militar cubiertos por sus disposiciones. Si usted ingresa a los servicios uniformados, tal como lo define esta ley, para el servicio militar activo o entrenamiento, servicio militar inactivo o entrenamiento, servicios a tiempo completo en la Guardia Nacional o el Servicio de Salud Pública, o un examen para determinar su aptitud para el servicio, su cobertura y la de sus dependientes elegibles cesará de acuerdo con las reglas de elegibilidad del Plan para participantes que no trabajan en un Empleo Cubierto. Si usted o sus dependientes desean elegir seguir siendo cubiertos por el Plan, optando ya sea por su Programa de seguro pagado por el empleado o la Continuación de la cobertura conforme a COBRA, podrán hacerlo siempre y cuando elijan hacerlo dentro del período que corresponde.

Si usted es dado de baja honorablemente de los servicios uniformados, usted y sus dependientes serán reincorporados por el Plan para recibir cobertura a partir de su primer día de trabajo en un Empleo Cubierto, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- A. la duración acumulativa de su ausencia y de todas las ausencias anteriores para integrarse a los servicios uniformados no deberá ser de más de cinco años;
- B. usted o su representante deberá dar preaviso a su empleador acerca de su ingreso inminente al servicio, a menos que ello no sea posible por motivos militares;

- C. usted presenta una solicitud de recontratación en un Empleo Cubierto dentro del plazo límite estipulado por la ley USERRA a partir de la fecha de que fue dado de baja;
- D. si su ausencia se prolonga durante más de 30 días, deberá presentar la documentación que solicite su empleador para determinar que usted tiene derecho al amparo de la ley USERRA.

Si fuera necesario, usted podrá obtener de la Oficina del Plan mayor información acerca de la ley USERRA y su elegibilidad para recibir los beneficios del seguro.

Reciprocidad

En ciertas ocasiones usted podrá hallarse trabajando en la jurisdicción geográfica de otro sindicato local que no participe en este Fondo, o trabajando conforme a un Acuerdo de Negociación Colectiva para un Sindicato Local participante que requiere aportaciones a otro plan que no sea el Metropolitan D.C. Paving Industry Employee Health and Welfare Fund. Este último ha hecho arreglos con los planes de otros Sindicatos Locales, conforme a los cuales los créditos que usted acumule en la jurisdicción de ellos serán transferidos a este Fondo. El Fondo ha concertado arreglos recíprocos con los siguientes planes de Sindicatos Locales:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Local 891)

Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2 (Local 11)

Estas horas le serán acreditadas tan pronto como el fondo médico de la localidad en que trabajó (o se encuentra trabajando) confirme el número de horas en cuestión y que las aportaciones serán recíprocas.

CERTIFICADOS DE COBERTURA ACREDITABLE

Si usted pierde la cobertura del Plan, la Oficina del Plan le emitirá un Certificado de cobertura acreditable indicando el tiempo que usted estuvo cubierto por el Plan. Recibirá dicho certificado automáticamente cuando pierda su cobertura o adquiera el derecho a participar en el Programa de pago por cuenta propia o a la continuación de la cobertura conforme a COBRA, y también al cesar dichas coberturas. Puede solicitar, asimismo, que la Oficina del Plan le extienda un certificado dentro de los de 24 meses subsiguientes a la pérdida de su cobertura en el Plan.

PROGRAMA DE PAGO POR CUENTA PROPIA

Hay un Programa de cobertura de pago por cuenta propia para los participantes que dejan de ser elegibles por no tener suficientes horas y que satisfacen las siguientes condiciones:

- A. Usted deberá ser elegible para recibir la cobertura del Plan en la fecha en que pierde su empleo por no haber suficiente trabajo en un Empleo Cubierto.

- B. La elección de las aportaciones por cuenta propia debe realizarse en el plazo de un mes tras el último mes en el que haya trabajado en un Empleo Cubierto, presentando una solicitud en la Oficina del Fondo.
- C. Las aportaciones deberán hacerse en el monto establecido por la Junta de Fideicomisarios, comenzando el primer día del mes calendario siguiente al mes en el que usted pierda la elegibilidad debido a una insuficiencia de horas. El pago deberá efectuarse el primer día del mes, para recibir cobertura durante ese mes. **Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener la tarifa aplicable al seguro pagado por cuenta propia.**
- D. Usted deberá permanecer disponible para comenzar a trabajar de inmediato en la jurisdicción del Sindicato local que corresponda a su lugar de residencia.
- E. Las aportaciones deben efectuarse mensualmente a la Oficina del Plan.
- F. Su pago inicial no puede ser efectuado retroactivamente por más de treinta días.
- G. Hay un formulario de informe y pago para hacer los pagos por cuenta propia a fin de continuar la elegibilidad. Dicho formulario debe completarse cada mes que se haga un pago por cuenta propia, y deberá ser firmado por el Agente Administrativo de su Sindicato Local, certificando que no había trabajo en Empleo Cubierto en el mes que usted elige pagar seguro por cuenta propia. Dicho formulario con el pago adjunto deberá recibirse en la Oficina del Fondo a más tardar el primer día del mes por cual se esté pagando.
- H. Usted puede continuar haciendo pagos por cuenta propia durante un período máximo de 6 meses.

El Programa de Pago por Cuenta Propia es diferente de la oportunidad de seguir participando conforme a la ley COBRA (como se describe en la sección que sigue). Usted puede recurrir al Programa de Pago por Cuenta Propia solamente si perdió la elegibilidad debido a la falta de trabajo en la jurisdicción del Sindicato Local en que usted reside. A diferencia de COBRA, que este Plan ofrece mediante el pago de una prima para participantes individuales y la otra para familias, el programa de pago por cuenta propia solo tiene una prima. Además, si usted opta por pagar por su cuenta, se le acreditan las horas trabajadas como si hubiera trabajado 120 durante el mes por el cual pagó por cuenta propia. Así, cuando usted deja de hacer pagos por cuenta propia y se reintegra a un Empleo Cubierto, se le trata como si hubiera trabajado 120 horas durante esos meses para fines de recobrar su elegibilidad. Este arreglo difiere de COBRA en que usted paga una prima en vez de recibir crédito por las horas trabajadas. Por lo tanto, cuando una persona que está manteniendo su elegibilidad en el Plan a través de COBRA vuelve a trabajar en un Empleo Cubierto, debe acumular las horas requeridas para volver a ser elegible para los fines del Plan.

Los participantes que pierden su elegibilidad por no haber trabajo están en libertad de optar por la protección de COBRA o el Programa de pago por cuenta propia. El Programa de Pago por Cuenta Propia está disponible solo para

empleados con convenios colectivos cuyos empleadores hacen aportaciones al Plan en nombre de ellos conforme a los términos del convenio colectivo; no está disponible para empleados sin convenio colectivo (*p.ej.*, dueños o personal de oficina) cuyos empleadores aportan al Plan conforme a los términos de un Convenio de Participación. Si tiene preguntas acerca del Programa de pago por cuenta propia, diríjase a la oficina del Plan.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA (COBRA)

Los empleados y sus familias que estén cubiertos por el Plan pueden comprar una extensión de la cobertura del seguro médico (llamada “continuación de la cobertura”) pagando primas colectivas, en aquellos casos en que la cobertura del Plan de otro modo terminaría. Tales casos se denominan “eventos determinantes”.

Usted tendrá que pagar el costo de la continuación de la cobertura. El monto de este costo es determinado anualmente por los Fideicomisarios del Fondo y está sujeto a cambio.

Eventos determinantes

Si usted es un *empleado* cubierto por el Plan, tiene derecho a comprar esta continuación de la cobertura si pierde su cobertura de seguro colectivo a causa de uno de los siguientes eventos:

- A. una reducción en sus horas de trabajo; o
- B. la terminación de su empleo, por motivos que no se deban a una falta grave de conducta.

Si usted es el *cónyuge* de un empleado cubierto por el Plan, tiene derecho a comprar esta continuación de la cobertura para su persona, si pierde la cobertura de seguro colectivo que ofrece el Plan por cualquiera de los siguientes motivos:

- A. la muerte de su cónyuge;
- B. la terminación del empleo de su cónyuge (por motivos que no sean una falta grave de conducta) o la reducción de las horas de trabajo de su cónyuge;
- C. el divorcio o separación legal de su cónyuge; o
- D. su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare.

Si usted es un hijo dependiente de un empleado cubierto por el Plan, tiene derecho a comprar una continuación de la cobertura si pierde la cobertura regular del Plan a causa de uno de los siguientes eventos determinantes:

- A. la muerte del padre o madre participantes;
- B. la terminación del empleo del padre o madre participantes (por motivos que no sean una falta grave de conducta) o la reducción de las horas de trabajo del padre o madre participantes;
- C. el divorcio o separación legal de los padres;

- D. uno de los padres adquiere derecho a los beneficios de Medicare; o
- E. el dependiente deja de ser “hijo dependiente” conforme a las reglas aquí estipuladas.

Período de la cobertura

Un empleado asegurado por el Plan que desee comprar la continuación de esa cobertura deberá ser elegible para recibir dicha cobertura durante un período de 18 meses, a partir de la fecha en que, de lo contrario, terminaría su cobertura por el Plan. Sin embargo, si antes de finalizar el período de 18 meses, el empleado recibe una determinación de la Administración de la Seguro Social en el sentido de que se halla incapacitado y dicha determinación es enviada a la Oficina del Plan dentro de 60 días, entonces los 18 meses de continuación de la cobertura se extenderán a 29 meses, a menos que el empleado se recupere antes de su incapacidad o el período de cobertura de dicho empleado expire antes conforme a otra regla del Plan.

Si un empleado cubierto o uno de sus beneficiarios elegibles quedara incapacitado dentro de los primeros 60 días en que esa persona comience a estar asegurado de acuerdo con la ley COBRA, el empleado cubierto y los beneficiarios elegibles tendrán derecho a la cobertura de 29 meses prevista en COBRA. El término “beneficiario elegible” abarcará a los hijos biológicos del empleado cubierto y a los niños colocados en su familia para su adopción durante el período de la cobertura de COBRA.

Si el cónyuge o un hijo dependiente de un empleado con derecho a la cobertura del Plan opta por la continuación de la cobertura, dicho cónyuge o hijo dependiente será elegible para recibir tal cobertura durante un período de 18 meses, a partir de la fecha en que sino terminaría la cobertura del Plan. Sin embargo, la cobertura puede prolongarse hasta un máximo de 36 meses para el cónyuge o hijo dependiente si de otra manera terminaría debido a la muerte del empleado, su divorcio del cónyuge, o a la pérdida por el hijo de su condición de dependiente según las reglas del Plan.

Notificaciones requeridas

Un empleador tiene 60 días para notificar al Plan acerca de ciertos eventos determinantes, tales como la muerte del empleado, la elegibilidad de los empleados para recibir beneficios del Seguro Social, o la iniciación de un juicio de quiebra conforme al Capítulo XI.

Notificaciones requeridas acerca de beneficiarios elegibles y del empleado cubierto

El Administrador del Plan deberá decidir si el evento determinante ha ocurrido debido a la terminación del empleo o a una reducción en las horas de trabajo.

Si a usted, a su cónyuge o a uno de sus dependientes cubiertos les ocurre un evento determinante que no sea una reducción de sus horas de trabajo o la

terminación de su empleo, debe notificar a la Oficina del Fondo, a la dirección que figura en la página 1 de este Resumen de la Descripción del Plan, dentro de los 60 días de ocurrido tal evento. Esta notificación debe incluir el nombre, dirección, teléfono y número de Seguro Social de las personas cuya cobertura se verá afectada por tal evento. La notificación también deberá incluir una explicación del carácter del evento determinante, la fecha en que ocurrió, y cualquier documento corroborante. Entre algunos ejemplos de documentación aceptable figuran los decretos de divorcio, los acuerdos de separación legal, las determinaciones de discapacidad emitidas por la Administración del Seguro Social, y los certificados de defunción.

El Plan tiene 30 días, después de que la fecha en que usted de otro modo perdería su cobertura, para notificarle a usted o a su cónyuge si tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura.

Motivos por las que puede interrumpirse su continuación de la cobertura

Su continuación de la cobertura puede ser interrumpida por cualquiera de los siguientes motivos:

- A. si su empleador deja de aportar al Plan para ofrecer seguro colectivo médico a sus empleados y a sus dependientes;
- B. si usted no paga a tiempo las primas correspondientes a su continuación de la cobertura;
- C. si usted fuera cubierto por otro plan de seguro colectivo médico, ya sea como empleado o de otro modo. Sin embargo, si el otro plan de seguro colectivo médico por el cual usted fuera cubierto tiene alguna exclusión o limitación para la cobertura de condiciones preexistentes, entonces el período de su cobertura no podrá ser reducido por esta razón; o
- D. usted adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare. Sin embargo, si la continuación de la cobertura del empleado es interrumpida por tener derecho a Medicare, los dependientes del empleado que estén asegurados debido a la elección de la continuación de la cobertura tendrán derecho a extender su cobertura por un período de 36 meses a partir de la fecha en que el empleado tenga derecho a Medicare. (Esta disposición no es aplicable a las personas con derecho a la continuación de la cobertura debido a la declaración de bancarrota del empleador).

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

Los Fideicomisarios han contratado a la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de CareFirst BCBS, un grupo de proveedores, especialistas, hospitales y otros centros de tratamiento selectos, para que les presten servicios por una tarifa contratada y con descuento. Los Proveedores de la red CareFirst BCBS PPO pueden ser utilizados para problemas médicos, problemas médicos de emergencia, afecciones de salud nerviosa/mental o trastorno por uso de sustancias.

Se exhorta a los Participantes a utilizar los Proveedores de la red PPO de CareFirst BCBS para todos los servicios y tratamientos médicos cubiertos por el Fondo. El uso de los Proveedores de la red supondrá un ahorro no solo para el Fondo, sino también para usted si es responsable de pagar los gastos de bolsillo.

Para encontrar una lista actualizada de los proveedores que participan en la red CareFirst a través del sitio web de CareFirst, siga los siguientes pasos:

- A. Vaya a www.carefirst.com
- B. Haga clic en la pestaña “Providers & Facilities” (Proveedores y centros) en la estrecha franja horizontal negra de la parte superior de la página
- C. En la columna desplegable “Find A Doctor” (Buscar un médico), haga clic en el enlace que dice “Find a Doctor or Facility” (Buscar un médico o centro)
- D. Haga clic en el enlace azul “Search Now” (Buscar ahora) en el centro de la página. El enlace le dirigirá a una nueva página en su navegador
- E. Haga clic en el enlace “CareFirst–Network Leasing” (CareFirst–Arrendamiento de redes) en la parte inferior de la página web, en la sección titulada “Other Sites” (Otros sitios)
- F. En la parte superior derecha de la página, seleccione la ciudad, el estado o el código postal del proveedor o centro médico que está buscando. También puede hacer clic en “Use Current Location” (Usar la ubicación actual)
- G. Haga clic en “Browse by Category” (Buscar por categoría) para elegir los tipos de servicios médicos, o escriba el nombre del proveedor o la especialidad en el cuadro de búsqueda con la lupa. Una opción alternativa es hacer clic en una de las “Common Searches” (Búsquedas comunes)

También puede comprobar si un determinado proveedor participa en la red de CareFirst llamando a CareFirst al 800-235-5160.

La lista de los Proveedores de la red está sujeta a cambios. Debe verificar con su Proveedor cada vez que solicite servicios médicos para confirmar que su Proveedor y el centro aún participan en la red PPO para que le concedan los descuentos correspondientes por servicios dentro de la red.

Recuerde que los servicios de los Proveedores de la red los paga el Fondo según las tarifas establecidas por CareFirst BCBS ("tarifa PPO"). Los Proveedores Participantes han acordado aceptar esta tarifa establecida como pago completo por sus servicios y han acordado no "facturar el saldo" a los participantes. Por lo tanto, una vez que CareFirst BCBS ha fijado los cargos de los Proveedores de la red, el pago de esta cantidad sirve como pago total de la factura del Proveedor. Ya sea que esta cantidad la pague únicamente el Fondo o que también se requiera un copago de su parte, el Proveedor no tiene derecho a "facturarle el saldo" por una cantidad superior a la tarifa establecida por CareFirst BCBS.

Por ejemplo, supongamos que la factura total por los servicios que usted ha recibido de un Proveedor asciende a \$50.00. CareFirst BCBS ha fijado una tarifa PPO para ese procedimiento de \$40.00, que es el Monto Permitido. La factura es presentada a la Oficina del Plan y esta paga \$36.00, de acuerdo con su Plan de Beneficios (Beneficio Básico Permitido de \$20.00 por visita más 80% del saldo). Usted es responsable de pagar la suma de \$4.00 (\$40.00 menos \$36.00). 20% del saldo del Monto Permitido). El Proveedor no puede facturarle el saldo de \$10.00.

De otro modo, si usa un Proveedor que no participa en la red, el Monto Permitido es el monto usual, acostumbrado y razonable ("UCR", por sus siglas en inglés). El monto UCR se calcula sobre la base de lo que los Proveedores en esta zona geográfica usualmente cobran por el mismo servicio o uno similar. El Monto Permitido puede ser menor del monto facturado por el Proveedor. El Plan pagará su porción del Monto Permitido (el monto del Beneficio Básico, si lo hubiere, más el 80% del exceso de la cobertura según el Beneficios de Gastos Médicos Mayores). Usted será responsable del 20% de coseguro, así como del saldo facturado por el Proveedor, si lo hubiera. Esto puede dar lugar a unos gastos de bolsillo considerablemente más elevados que los que tendría si acudiera a los Proveedores de la red.

Debe saber que algunos estados prohíben la facturación de saldos. La reciente ley federal también prohíbe la facturación del saldo de los Servicios de Emergencia recibidos en un centro fuera de la red, la atención de un Proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red y los servicios de ambulancia aérea. En estos casos, usted será responsable únicamente del 20% del Monto Reconocido. El pago de su Coseguro también se tendrá en cuenta para su gasto máximo de bolsillo. Sin embargo, en algunas circunstancias, un Proveedor puede facturarle el saldo de estos servicios si usted ha dado su consentimiento por escrito para que se le facture el saldo.

Los Pacientes de Atención Continua (vea las Definiciones en la [página 5](#)) pueden elegir recibir cobertura continua por un período limitado con tarifas dentro de la red si están recibiendo cuidado de un Proveedor o centro cuyo estado cambia de dentro de la red a fuera de la red debido a que su contrato con CareFirst BCBS ha sido terminado o por alguna otra razón. Si un participante opta por recibir atención continua, el Fondo está obligado a cubrir el curso del tratamiento administrado por el Proveedor o el centro en los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado y con respecto a los artículos y servicios que se habrían cubierto si el Proveedor o el centro hubieran seguido estando dentro de la red. El Fondo proporcionará atención continua durante el menor de los siguientes plazos: (i) 90 días después de que se notifique al participante su derecho a recibir atención continua; o (ii) la fecha en que el participante deje de ser un Paciente de Atención Continua con respecto al Proveedor o centro en particular.

La Oficina del Plan le enviará una Explicación de sus Beneficios por cada reclamación que tramite, en la cual le indicará el Monto Permitido, el monto pagado por el Plan y el monto, de haberlo, que usted deberá pagar.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando ambos cónyuges trabajan, los miembros de sus familias pueden estar cubiertos por más de un plan de seguro médico. Esto puede dar lugar a una duplicación de la cobertura, cuando dos planes pagan beneficios por el mismo monto de gastos de hospitalización o de servicios médicos. Por esa razón, este Fondo coordinará los beneficios pagaderos por este Fondo con los beneficios similares que pagan otros planes que también lo aseguran a usted y/o a sus dependientes elegibles.

De acuerdo con esta coordinación de beneficios, el pago total proveniente de todos los planes combinados que recibe una persona no puede exceder del 100% del monto total de gastos permitidos. Los gastos permitidos son cualesquier gastos necesarios y razonables para el cuidado médico o los suministros cubiertos por uno o más de los planes que los aseguran a usted o a sus dependientes. Los beneficios se reducen únicamente cuando es necesario para evitar que una persona derive ganancias de sus beneficios médicos.

En la reclamación de beneficios por gastos médicos que usted presente a la Oficina del Plan deberá informar sobre cualquier duplicación de cobertura que usted o sus dependientes pudieran tener.

Quién paga primero

Si existe una duplicación de la cobertura entre dos o más planes, uno será designado seguro primario y efectuará los pagos correspondientes hasta sus límites de gastos permitidos. El otro plan o planes, designados seguros secundarios, harán los pagos adicionales que corresponda hasta los máximos fijados por dichos planes para los Gastos Cubiertos que no hubieran sido reembolsados por el seguro primario.

- A. El plan que cubra a una persona en calidad de empleado será el Primario. El plan que cubra a la persona en calidad de dependiente será el Secundario
- B. Si un hijo dependiente está asegurado por los planes médicos del padre y la madre, y el padre y la madre están casados y viven juntos, los beneficios del plan del padre o la madre cuya fecha de cumpleaños ocurra primero durante el año calendario será el Primario. Los beneficios del plan del padre o la madre cuya fecha de cumpleaños ocurra después dentro del año calendario será el plan Secundario. (Si el padre y la madre tienen la misma fecha de cumpleaños, el plan que haya proporcionado cobertura por más tiempo será el Primario).

Si un plan que sigue la regla de “la fecha de cumpleaños” coordina con un plan que observa la regla de género (la cobertura del padre es la Primaria) y, como resultado de ello, los planes no llegan a un acuerdo en cuanto al orden de la cobertura, la regla de género determinará el orden.

- C. Cuando los padres estén divorciados o separados, el orden a seguirse será el siguiente:

1. El plan del padre o madre que tenga la custodia es el primario. El plan del padre o la madre que no tenga la custodia es el secundario.
2. Si el padre o la madre que tiene la custodia ha vuelto a contraer matrimonio, el orden a seguirse será el siguiente:
 - a. el plan del padre o madre que tenga la custodia,
 - b. el plan del padrastro o la madrastra,
 - c. el plan del padre o madre que no tenga la custodia.

No obstante, si hay un decreto judicial que pueda ser considerado una Orden Calificada de Sustento Médico de Hijos (*Qualified Medical Child Support Order*: QMCSO) que estipule que el padre o la madre es responsable por los gastos de atención médica del niño, el plan en que participa el padre o la madre será el Primario.

Coordinación con Medicare

En caso que un empleado elegible o dependiente elegible obtenga cobertura de Medicare, este Fondo será el Primario siempre y cuando continúe la elegibilidad para cobertura bajo este Fondo. Medicare será el Secundario, pagando únicamente aquellos costos cubiertos pagaderos después de que el Fondo haya hecho sus pagos.

MEDICARE Y PARTE D DE MEDICARE

El Fondo no les provee cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta a los jubilados. Cuando usted se jubila pierde la elegibilidad para cobertura del Fondo después de que usted haya trabajado un número insuficiente de horas para mantener la elegibilidad. Vea “Disposiciones de elegibilidad” anteriormente.

Si está por cumplir 65 años de edad y no ha solicitado sus beneficios del Seguro Social, debe considerar seriamente presentar una solicitud de Medicare durante el período de los tres meses anteriores al mes en que vaya a cumplir 65 años de edad. Si lo no hace, podría estar sujeto a multas por inscripción tardía, entre ellas primas más altas y retrasos significativos en la cobertura.

Debido a que las posibles multas impuestas por no inscribirse en Medicare en el momento correspondiente son sustanciales, es muy importante que comience a tomar medidas activas para adquirir Medicare para su jubilación al menos tres meses antes de cumplir 65 años de edad. Para obtener más información sobre sus opciones de Medicare y el proceso de inscripción, visite: <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/index.html>. Llame a 800-MEDICARE 800-633-4227. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 877-486-2048.

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare (“Parte D de Medicare) cuando adquiere inicialmente el derecho a recibir Medicare, y luego cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Cabe señalar, sin embargo, que si usted no se inscribe en la Parte D de Medicare al adquirir inicialmente su

derecho a Medicare, podría tener que pagar una prima más alta por dicha cobertura mientras esté cubierto por dicha cobertura. A fin de evitar esta situación, le recomendamos que se inscriba en un Plan de Parte D de Medicare tan pronto adquiera el derecho a hacerlo.

En el folleto “Medicare y usted”, de Medicare, puede encontrar información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Si no ha recibido un ejemplar, puede descargarlo de www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10050_S.pdf. También puede obtener más información acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare: (a) visitando el sitio www.medicare.gov; (b) llamando al Programa de Asistencia con Seguros de su estado (consulte el interior de la contraportada del folleto "Medicare and You" (Usted y Medicare) para ver el número telefónico); o (c) llamando al 800-MEDICARE 800-633-4227. Las personas que requieren TTY pueden llamar al 877-486-2048.

REEMBOLSO DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS/SUBROGACIÓN

Esta sección se refiere a los casos en los que una persona con derecho a recibir beneficios de este Fondo resulta lesionada como resultado de la mala acción o la negligencia de otra parte. Pueden pasar meses o incluso años para que la persona lesionada se recupere en un caso de este tipo, por lo que el Fondo paga la atención médica que de otro modo estaría cubierta por el Plan tras recibir una declaración firmada del Participante en la que se compromete a reembolsar al Fondo todos los gastos en los que este haya incurrido siempre y cuando el Participante o el dependiente elegible reciba pagos por sus lesiones de cualquier fuente (como por ejemplo, del infractor o de una aseguradora).

Un ejemplo de esto sería si usted o su cónyuge se lesionaran en un accidente automovilístico que fuera culpa de otra persona. Si el Fondo le paga \$1,000.00 de beneficios por las lesiones sufridas en el accidente y usted o su cónyuge reciben dinero de parte del otro conductor, o de la compañía de seguro del otro conductor, como resultado de una demanda o pago de liquidación, el Fondo tiene derecho a recibir hasta \$1,000.00 de ese dinero como reembolso de los beneficios que el Fondo pagó por usted o su cónyuge.

El Fondo tiene derecho al primer reembolso de cualquier indemnización recibida de un tercero. Al aceptar los beneficios del Fondo, usted acuerda que cualquier cantidad recibida por la persona lesionada (o por alguna persona que actúe en nombre de dicha persona) como resultado de una resolución, un acuerdo, un consenso, o de otra manera, serán aplicados primero para reintegrarle al Fondo, aunque la parte lesionada no haya sido totalmente indemnizada. El Fondo tiene una participación en cualquier cantidad que usted reciba, o recibirá, equivalente al monto entero pagado por el Fondo por su reclamación y cualquier cantidad que usted reciba se deben segregar y depositar en un fideicomiso en nombre del Fondo hasta que se satisfagan plenamente los derechos de reembolso del Fondo.

El Fondo no pagará reclamaciones de beneficios que resulten de accidentes hasta que usted haya completado, firmado y devuelto un acuerdo de reembolso en un formulario aprobado por los Fideicomisarios. Si usted es representado por un abogado, será necesario que este también firme el formulario para que los beneficios puedan pagarse. Si contrata a un abogado después presentar el acuerdo de reembolso al Fondo, dicho abogado tendrá que completar el formulario al ser contratado.

Usted y su abogado también tendrán que proporcionar prueba satisfactoria a los Fideicomisarios de que no se ha desestimado o liberado, ni se desestimarán ni liberará ningún derecho, reclamación, participación o causa de acción en contra de un tercero sin el consentimiento previo por escrito de la Junta de Fideicomisarios. Todo acuerdo de liquidación al que llegue con la otra parte también deberá ser aprobado por los Fideicomisarios.

Al aceptar beneficios del Fondo, usted se compromete a notificar al Fondo inmediatamente de las tentativas de cobrar a un tercero por tales lesiones, incluso cuando se reciban pagos de un tercero. Usted también conviene en que los importes recuperados, independientemente de que la recuperación se clasifique como gastos médicos, son bienes del Fondo y se utilizarán primero para reembolsar al Fondo, en total, y sin ninguna reducción de los honorarios o costos de abogado. También acuerda ayudar al Fondo a tramitar sus reclamaciones de beneficios contra la otra parte, o bien permitir que el Fondo trámite las reclamaciones en nombre suyo antes de que se pague algún beneficio bajo este Plan. Si la persona que resultó lesionada es menor de edad, el padre o tutor legal deben cumplir los requisitos anteriores en nombre del menor.

Debe tener en cuenta que el Fondo puede tratar de recuperar cualquier monto que usted reciba de otra parte, aunque usted no le informe al Fondo de su reclamación o no firme un acuerdo con el Fondo. El derecho de subrogación del Fondo lo establece el Plan y no el acuerdo.

El Fondo tiene derecho al primer reembolso de cualquier indemnización que una parte lesionada reciba de un tercero, independientemente de que haya sido totalmente indemnizado. Esto incluye, entre otros, montos que reciba de una póliza personal de seguro de propietario de vivienda, una póliza de seguro automovilístico o un arreglo de seguro colectivo de cualquier tipo. Si el Fondo les paga beneficios a usted o a sus dependientes y usted no los reembolsa tras recibir una indemnización de un tercero, o si no responde a las solicitudes de información sobre el estado de su reclamación hechas por el Fondo, el Fondo podrá retener y descontar el pago de cualquier otro beneficio pagadero a usted o a sus dependientes, o podría entablar una acción legal en contra suya, para recuperar el monto pagado, más intereses.

Si es necesario que el Fondo entable una acción legal en contra suya por no efectuar un reembolso total, o por no honrar la participación equitativa del monto recibido por usted de un tercero, usted será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogado e intereses previos a la resolución a una tasa del 10% o a una tasa determinada por los Fideicomisarios, que será

impuesta sobre el cobro de aportaciones morosas de los empleadores, el monto que sea más alto.

El derecho del Fondo a un reembolso también incluye el derecho a un reembolso de cualquier pago recibido por usted de cualquier fuente contra la cual usted asigne alguna reclamación, o de otro modo acuerde reembolsar algún cobro, de la persona que ocasionó su lesión.

Los Fideicomisarios tienen discreción absoluta para resolver las reclamaciones de beneficios de subrogación sobre cualquier base que estimen conveniente y apropiada bajo las circunstancias.

Si usted o su dependiente tienen alguna pregunta o si se le pide que renuncie a algún derecho o que llegue a un acuerdo sobre una reclamación que cubra condiciones por las cuales usted haya recibido o espere recibir pagos del Fondo, comuníquese lo antes posible con el Agente Administrativo del Fondo.

BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

(Empleados elegibles solamente)

Se le pagará el beneficio semanal indicado en el Resumen de Beneficios de las [páginas 3 y 4](#), si mientras es elegible de acuerdo con el Plan, usted quedara incapacitado y no pudiera trabajar debido a una lesión o enfermedad para la cual se encuentra al cuidado de un Proveedor legalmente facultado, y la cual no está contemplada en los beneficios pagaderos conforme a la ley de Indemnización por Accidentes en el Trabajo. Este beneficio semanal comenzará a aplicarse a partir del primer día de su discapacidad debida a un accidente, o el octavo día de incapacidad debida a una enfermedad.

La duración máxima de este beneficio es de trece (13) semanas por año calendario. Los períodos sucesivos de incapacidad con intervalos de menos de dos (2) semanas de trabajo activo a tiempo completo se considerarán un mismo período de incapacidad al sumarlos al período máximo de trece (13) semanas, a menos que se debiera a una causa o enfermedad sin relación con la anterior.

El Fondo le pagará sus Beneficios Semanales por Accidente o Enfermedad cada semana mientras se encuentre discapacitado e impedido de trabajar debido a un accidente o enfermedad "no ocupacionales" y que "no" estén contemplados en la ley de Indemnización por Accidentes en el Trabajo, pero únicamente (a) después de haber ingresado a un Hospital, o (b) cuando el accidente o enfermedad requiera un procedimiento relacionado con una fractura, o (c) durante períodos certificados por un Proveedor debidamente facultado después de una cirugía, siempre que se haya cumplido con todos los requisitos.

De allí en adelante, no tendrá que permanecer en su casa para cobrar estos beneficios. Sin embargo, tendrá que continuar bajo el cuidado de un Proveedor debidamente facultado quien deberá examinarlo una vez por semana. Además, se le pedirá periódicamente que presente pruebas de que sigue discapacitado y/o que se someta al examen de un médico designado por el Fondo

Este beneficio está sujeto al pago de impuestos FICA (Seguro Social) durante los primeros seis meses de desempleo. Desde luego, si usted está trabajando en cualquier tipo de empleo por el cual recibe salario o ganancias, o está recibiendo pagos de Indemnización por Accidentes en el Trabajo u otros beneficios gubernamentales, no tendrá derecho a los beneficios semanales de este Fondo. Los beneficios no están disponibles por una discapacidad que resulte de actividades intrínsecamente peligrosas, como andar en moto acuática, hacer saltos de caída libre bungee.

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

(Empleados elegibles solamente)

Si usted fallece por cualquier causa, dentro o fuera del trabajo, siendo elegible para recibir los beneficios de este Plan, su beneficiario recibirá el monto por concepto de Indemnización por fallecimiento que se indica en las [páginas 3 y 4](#) del Resumen de Beneficios.

El Plan pagará indemnización por fallecimiento al beneficiario que usted haya designado en un formulario suministrado y registrado en la Oficina del Plan.

- A. Puede nombrar beneficiario a la persona que usted deseé;
- B. Puede nombrar a más de una persona, tal como sería el caso de sus hijos, o
- C. Puede hacer que su Indemnización por muerte sea pagada a su patrimonio sucesorio.

Puede cambiar su beneficiario en cualquier momento completando el formulario correspondiente y presentándolo en la Oficina del Plan. Recuerde que sus circunstancias pueden cambiar en algún momento después de haber designado a su primer beneficiario debido al fallecimiento de su cónyuge, un divorcio, segundo matrimonio y así sucesivamente. Si desea que esta indemnización sea pagada a la persona debida, debe mantener actualizada la designación de beneficiarios. El Fondo se basará únicamente en la designación más reciente de beneficiarios que usted haya presentado al Agente Administrativo del Fondo.

En el caso de que falleciera cualquiera de sus beneficiarios antes que usted, cesarán los derechos de ese beneficiario a la indemnización pagadera en caso del fallecimiento de usted. De no haber en los registros ninguna designación de beneficiario, o si el beneficiario designado fallece antes que usted, el pago de la indemnización por su muerte se pagaría en el orden siguiente, siempre que estas personas se encuentren vivas:

- A. Su cónyuge
- B. Sus hijos (en partes iguales)
- C. Su padre y su madre (en partes iguales)
- D. Sus hermanos y hermanas (en partes iguales)
- E. Su patrimonio sucesorio

SERVICIOS PREVENTIVOS

Los servicios preventivos proporcionados por un proveedor dentro de la red los paga íntegramente el Fondo. Los servicios y suministros preventivos están cubiertos en la medida en que lo exija la legislación aplicable a los planes que no tienen derechos adquiridos (aunque el Fondo es un plan con derechos adquiridos).

Servicios Preventivos Cubiertos

Los servicios preventivos específicos cubiertos se determinan sobre la base de las directrices siguientes del gobierno federal:

- A. artículos o servicios basados en evidencias que en efecto tienen una calificación de A o B en las recomendaciones actuales del United States Preventive Services Task Force (Grupo Técnico Especializado de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, brevemente “Task Force”) con respecto al individuo implicado;
- B. inmunizaciones para niños, adolescentes y adultos que tienen una recomendación vigente del Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización) de los Centros para el Control la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), brevemente “Advisory Committee” (Comité Asesor) con respecto al individuo implicado. Una recomendación se considera “vigente” después de haya sido adoptada por el Director de los CDC. Se considera que una recomendación es de uso rutinario si aparece en los Calendarios de Vacunación de los CDC;
- C. con respecto a bebés, niños y adolescentes, los cuidados y exámenes basados en evidencias incluidos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés); y
- D. con respecto a las mujeres, los cuidados y exámenes preventivos basados en evidencias incluidos en las directrices integrales apoyadas por la HRSA (que no estén de otra manera incluidas en las recomendaciones del Task Force). Los servicios preventivos para mujeres incluyen los siguientes servicios aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos: métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento del paciente, según lo prescrito por el proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir píldoras abortivas).

La lista completa de servicios preventivos disponibles puede encontrarse en el sitio web siguiente:

www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/

Los tipos de servicios preventivos que los planes sin derechos adquiridos están obligados a cubrir bajo la ley aplicable, podrían cambiar a medida que se actualicen de vez en cuando las directrices indicadas anteriormente. Se

considerará que tales cambios habrán sido incorporados al Resumen de las Modificaciones del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) y entrarán en vigencia con respecto a los beneficios proporcionados por el Fondo el primer día del Año del Plan que empieza a partir de un año después de la fecha en que se produce el cambio o actualización.

Reglas de Facturación para los Servicios Preventivos

Algunas visitas al consultorio, tales como los chequeos de rutina para mujeres menores de 65 años de edad, están cubiertos como servicios preventivos. Para otras visitas al consultorio, si se factura un servicio preventivo o se rastrea de manera diferente a una visita al consultorio, el Fondo impondrá cualquier cláusula aplicable de costo compartido con respecto a la visita al consultorio, pero no al servicio preventivo. Si el servicio preventivo no se factura ni rastrea separadamente de una visita al consultorio, y si el propósito principal de dicha visita es la prestación de un servicio preventivo, entonces el Fondo impondrá las cláusulas de costo compartido aplicables a la visita al consultorio. Si el servicio preventivo no se factura ni rastrea separadamente de una visita al consultorio, y si el propósito principal de dicha visita no es la prestación de un servicio preventivo, entonces el Fondo podría imponer las cláusulas de costo compartido aplicables a la visita al consultorio.

Información Adicional sobre los Servicios Preventivos

En la medida que no se haya establecido en las directrices del gobierno federal indicadas anteriormente, el Fondo podría imponer reglas reconocidas y razonables u otros límites con respecto al número de visitas o tratamiento que cubrirá en cualquier período de tiempo para cualquier servicio preventivo particular. En la medida que dichos límites o reglas adicionales sean incompatibles con los requisitos de los servicios preventivos de la ley aplicable para planes sin derechos adquiridos, dicha ley tendrá precedencia.

Los servicios preventivos deberán facturarse correctamente según los códigos de servicio apropiados. Los servicios preventivos podrían estar sujetos a técnicas y estándares de control de costos médicos razonables (por ej., estándares de control de tratamiento, lugar, frecuencia y servicios médicos) según los impongan los Fideicomisarios de vez en cuando. Los servicios preventivos podrían no estar cubiertos dependiendo del tipo de servicio y la presencia de varios factores de riesgo. El Fondo no cubrirá servicios preventivos realizados por razones no médicas. Un servicio para supervisar o tratar una afección existente y no como un servicio preventivo, estará cubierto en la medida que de otra manera esté cubierto por el Plan y estará sujeto a las cláusulas aplicables de costos compartidos.

BENEFICIOS BÁSICOS

Los montos de beneficios básicos se establecen en el Resumen de Beneficios de las [páginas 3 y 4](#). Por lo general, el monto de Beneficios Básicos de los servicios cubiertos se paga en su totalidad primero y luego parte del saldo se paga bajo beneficios Médicos Mayores (usualmente el 80% del Monto Permitido, cuyo

significado varía dependiendo de si el proveedor participa o no participa en la red). Algunos servicios (p. ej., fisioterapia) se indican allí como Beneficios Básicos únicamente.

Beneficios por gastos de hospitalización

Sus beneficios por gastos de hospitalización (inclusive por afecciones nerviosas/mentales y trastornos por abuso de sustancias) comienzan el primer día de su ingreso (o del de su dependiente elegible) a un hospital, y cubre los siguientes gastos:

Habitación y comidas

El Fondo pagará los gastos diarios de hospitalización que se indican en las [páginas 3 y 4](#) del Resumen de Beneficios, multiplicados por el número de días que usted permanezca hospitalizado en el caso de cada enfermedad o accidente por separado y no relacionado. El beneficio básico por habitación y comidas se limita a un total de 31 días por cualquier período de hospitalización único continuo.

Otros gastos de hospital

El Fondo también pagará los gastos varios de Hospital que tenga mientras usted se encuentre hospitalizado, tales como el uso de una sala de operaciones, rayos X, pruebas de laboratorio, medicamentos, incluida la anestesia, y los servicios de ambulancia de ida y vuelta. El monto máximo pagadero por estos otros gastos de Hospital aparece en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios.

NOTA: Salvo en los casos en que el Fondo tenga estipulaciones específicas (ver Tratamiento Hospitalario de “pacientes ambulatorios”) usted debe ser admitido a un Hospital e incurrir en Gastos de Hospitalización (cama y comidas) antes de que estos Gastos Adicionales de Hospitalización queden cubiertos por el Fondo.

Tratamiento hospitalario de pacientes ambulatorios

Si usted o uno de sus dependientes elegibles incurre en gastos de hospital en casos en que:

- A. se suministra tratamiento de emergencia en el transcurso de 72 horas de ocurrir una lesión accidental, ataque físico o la aparición inesperada de una enfermedad seria; o
- B. se proceda a una operación quirúrgica;

el Fondo pagará por estos gastos hasta los montos máximos indicados en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios, así como gastos adicionales por Hospitalización y cirugía, aun cuando usted o su dependiente no hayan sido internados y ocupado una cama en el hospital. El Tratamiento Hospitalario Ambulatorio incluye el tratamiento de emergencia de las afecciones nerviosas/mentales y los trastornos por consumo de sustancias.

Beneficios por maternidad

Aviso: los beneficios por maternidad se pagan únicamente si el alumbramiento ocurre mientras usted es elegible bajo el Fondo.

Si un embarazo, que termina con el nacimiento de un niño, un aborto provocado o un aborto espontáneo, requiere la admisión a un Hospital, el Fondo pagará todos los gastos por hospitalización (cama y alimentos), y otros gastos de hospital sobre la misma base que cualquier otra enfermedad, hasta los montos máximos indicados en las [páginas 3 y 4](#) del Resumen de Beneficios.

El Fondo paga los honorarios Proveedores de atención del parto y otros procedimientos obstétricos a la tarifa de PPO (dentro de la red) o a la tarifa usual y acostumbrada (fuera de la red) hasta \$1,000.00 por afección. El exceso de gastos de maternidad no cubiertos por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se tratarán como Gastos Cubiertos el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

La ley federal generalmente prohíbe que los planes médicos colectivos y las compañías aseguradoras, restrinjan la duración de ninguna estadía en el hospital debida a un parto, ni para la madre ni para el recién nacido, a menos de 48 horas en el caso de un parto vaginal, o a menos de 96 horas en el caso de una cesárea. Las leyes federales, sin embargo, no prohíben que el Proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultar con la madre, le dé el alta a ella o al recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, las leyes federal prohíben que los planes y las aseguradoras exijan que un Proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no exceda de 48 horas (o 96 horas después de una cesárea).

Beneficio para rayos X y pruebas de laboratorio para diagnóstico

Si se requieren exámenes de rayos X o de laboratorio fuera del hospital para el diagnóstico de un accidente o enfermedad no relacionados con el trabajo que no sea COVID-19, el Fondo pagará estos gastos hasta el importe máximo indicado en el Resumen de Beneficios de las páginas 3 y 4. Cada miembro de la familia elegible tiene derecho al beneficio máximo. NOTA: El monto máximo se aplica a todas las afecciones distintas de la COVID-19 tratadas durante un año calendario.

El exceso de sus gastos de diagnóstico no cubiertos por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se considerarán Gastos Cubiertos bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo

Vacunación, Pruebas y Tratamiento de la COVID-19

El Fondo cubre el 100% de los gastos de las vacunas de COVID-19. El Fondo también cubrirá el 100% de los tratamientos antivirales orales de COVID-19 que hayan recibido la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (incluso mediante la autorización

de uso de emergencia). La cobertura de los tratamientos antivirales orales de COVID-19 está limitada a los participantes y beneficiarios que hayan alcanzado la edad mínima para la que la FDA ha aprobado el uso de estos tratamientos antivirales. La cobertura de los tratamientos antivirales orales aprobados se limitará a un curso de terapia dentro de un período de treinta días.

El Fondo también cubrirá íntegramente el costo de las pruebas de diagnóstico de COVID-19 en la mayoría de las circunstancias. Cuando un profesional médico solicite una prueba de COVID-19, el Fondo cubrirá el 100% del costo de la prueba, independientemente del lugar en que se realice (por ejemplo, sala de emergencias, centro de atención de urgencia, consultorio del proveedor o prueba de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)). El Fondo también paga el 100% de los gastos de laboratorio incurridos para realizar pruebas de COVID-19, independientemente de que las pruebas de diagnóstico sean realizadas por un proveedor dentro o fuera de la red.

En el caso de las pruebas solicitadas por un profesional médico, el Fondo pagará a un Proveedor de la red la tarifa negociada. El Fondo pagará a un Proveedor fuera de la red el precio en efectivo de dichos servicios que el Proveedor haya indicado en un sitio web público, o la tarifa negociada por el Fondo y el Proveedor si es inferior al precio indicado públicamente.

El Fondo también cubrirá el costo de las pruebas de venta libre diseñadas para detectar o diagnosticar COVID-19 sin una orden o evaluación clínica individualizada por parte de un Proveedor. La cobertura de las pruebas COVID-19 de venta libre obtenidas sin orden de un Proveedor está limitada a 8 pruebas cada período de treinta días por participante o beneficiario. El Fondo se ha asociado con CVS/Caremark para proporcionar pruebas COVID-19 de venta libre directamente a los participantes y beneficiarios en las farmacias participantes y a través de un programa de pedidos por correo sin exigir ningún pago por adelantado. En estas circunstancias, el Fondo reembolsará a los participantes y beneficiarios las pruebas de COVID-19 de venta libre adquiridas en farmacias no preferidas u otros minoristas al precio real de cada prueba o a \$12.00 (lo que sea menor). Durante los períodos en los que el Fondo no prevea que los participantes o beneficiarios reciban directamente las pruebas de COVID-19 de venta libre en las tiendas y a través de un programa de pedidos por correo sin exigir un pago por adelantado, el Fondo reembolsará el 100% del costo de las pruebas de COVID-19 de venta libre adquiridas en cualquier minorista o farmacia.

Los pedidos de reembolso de las pruebas COVID-19 de venta libre deben presentarse a CVS/Caremark en papel, en línea en Caremark.com o a través de la aplicación móvil de CVS Caremark. Los pedidos de reembolso deben estar respaldados por un recibo como comprobante de compra. Los participantes o beneficiarios que presenten un pedido de reembolso deberán atestiguar que la prueba de venta libre fue adquirida para uso personal y no para fines laborales, y que no ha sido reembolsada por otra fuente ni adquirida para su reventa.

Consultas al Proveedor

Si usted ha sufrido un accidente fuera del trabajo o le aqueja una enfermedad que requiere atención de un Proveedor, puede seleccionar a cualquier Proveedor facultado para brindar el tratamiento necesario para su afección. Conforme al Beneficio Básico, el Fondo paga \$20.00 por cada consulta al Proveedor, hasta un máximo de 20 consultas por Año Calendario en relación con cada afección médica separada y no relacionada.

Sin embargo, solo se cubre una visita por día para cada afección por separado. Además, las visitas postoperatorias no están cubiertas por el Beneficio Básico para visitas al Proveedor durante las seis semanas posteriores a la cirugía, ya que el costo de estas visitas está cubierto por el Beneficio Básico para beneficios quirúrgicos (ver abajo).

El exceso de gastos de visita al Proveedor que no esté cubierto por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se tratará como Gastos Cubiertos bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo. Las visitas al consultorio por afecciones nerviosas/mentales o por trastornos por consumo de sustancias se pagarán en virtud del Beneficio Básico (y del Beneficio de Gastos Médicos Mayores) en la misma medida que las visitas médicas al Proveedor.

Beneficios quirúrgicos

Cuando usted o uno de sus dependientes elegibles se sometan a una intervención quirúrgica no cosmética, el Fondo pagará la cirugía a la tarifa de la organización PPO (dentro de la red) o a la tarifa usual y acostumbrada (fuera de la red) hasta \$1,000.00 por afección.

La cirugía deberá ser:

- A. recomendada, aprobada y practicada por un Proveedor debidamente facultado; y
- B. a consecuencia de un accidente o de una enfermedad fuera del trabajo.

No es necesaria la Hospitalización para recibir estos beneficios

Cuando a usted le practiquen dos o más cirugías debido a la misma afección o a afecciones relacionadas, el Fondo no pagará más de \$1,000.00 por afección por año como Beneficio Básico. Los beneficios por cirugías subsiguientes se deducirán del mismo monto anual de beneficios (si queda algo) A MENOS QUE las cirugías se hayan llevado a cabo en un año calendario diferente.

Cuando le hagan dos o más cirugías al mismo tiempo, el Fondo:

- A. las considerará como si fuese una sola operación si es que se le hizo una sola incisión, y pagará el 100% del monto indicado en la lista por la operación principal Y el 50% de los demás procedimientos secundarios;
- B. las considerará operaciones separadas y pagará el máximo permitido por cada una SI las cirugías afectaron a distintas partes del cuerpo y las causas fueron diferentes. En este caso, el Fondo pagará cada cirugía independiente a la tarifa

de PPO (dentro de la red) o a la tarifa usual y acostumbrada (fuera de la red) hasta \$1,000.00 por afección.

El exceso de gastos de maternidad no cubiertos por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se tratarán como Gastos Cubiertos bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo.

Exámenes médicos

Si usted o sus dependientes se someten a un examen físico completo que no sea un servicio preventivo cubierto al 100% dentro de la red por el Fondo (vea la [página 27](#)), tendrá derecho al reembolso del Monto Permitido hasta el Beneficio Básico mostrado en el Programa de Beneficios en cualquier año calendario. El exceso del Monto Permitido no cubierto por el Beneficio Básico será cubierto por el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo.

Terapia Física

El Fondo pagará únicamente la terapia física que reciban usted y sus dependientes elegibles indicada en sus Beneficios Básicos. Se pagarán quince (15) visitas por año calendario al 100% del Monto Permitido por año. Antes de que se le pueda pagar ninguna reclamación de beneficios, se le pedirá que presente una carta de su Proveedor indicando la necesidad de tales servicios.

Trasplantes de órganos

Los Beneficios Básicos por reclamaciones de beneficios por trasplantes de órganos se tratarán de la manera siguiente:

- A. Si únicamente el donante es empleado elegible, el Fondo no pagará ningún beneficio.
- B. Si únicamente el receptor es empleado elegible, el Fondo proveerá beneficios tanto al donante como al receptor sujetos a los límites máximos aplicables al receptor.
- C. Si tanto el donante como el receptor son empleados elegibles, el Fondo proveerá beneficios a cada uno bajo el expediente individual de cada uno.

Lo que sus Beneficios Básicos no cubren

Además de la lista de lo que no se cubrirá como gastos médicos cubiertos bajo los Beneficios Básicos o los Beneficios por gastos médicos mayores descritos más adelante en este folleto, NO se pagarán Beneficios Básicos por lo siguiente:

- A. Prótesis
- B. servicios de podiatras o
- C. servicios de médicos quiroprácticos;

no obstante, estos servicios se cubrirán como Beneficios por gastos médicos mayores en las medidas estipuladas a continuación.

BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS MAYORES

Los beneficios por gastos médicos mayores (Major Medical) tienen por objeto protegerlo contra costos médicos importantes que podrían exceder del monto de los beneficios que usted recibe conforme a otras partes del Plan de beneficios básicos. Los beneficios por gastos médicos mayores se proporcionan además de los beneficios básicos bajo el Plan e incluyen beneficios para cubrir los denominados casos catastróficos o desastrosos de enfermedades o lesiones que pueden requerir hospitalización o cirugía.

Descripción de los Beneficios

Los Beneficios Básicos son beneficios que el Fondo paga para cubrir Gastos Cubiertos según descritos en la sección anterior de este folleto. Esos beneficios se pagan al 100% del Monto Permitido hasta los límites establecidos en el Resumen de Beneficios de las [páginas 3 y 4](#) durante un año calendario específico. Si tiene gastos que exceden esos límites, en la mayoría de los casos (excepto donde se estipula en el Resumen de Beneficios "solo Beneficio Básico") el Fondo pagará 80% del Monto Permitido de los Gastos Cubiertos cubiertos que sobrepasen el máximo de sus Beneficios Básicos bajo el beneficio por Gastos Médicos Mayores ("Gastos Médicos Mayores"). Además hay algunos servicios que no se cubren como Beneficios Básicos, pero que se cubren bajo el Beneficios de Servicios Médicos Mayores. A continuación, se estipula lo que se excluye de los Beneficios Básicos y los servicios adicionales que se pueden cubrir como Gastos Médicos Mayores. Los Beneficios por Gastos Médicos Mayores a los que tiene derecho cada uno de sus dependientes elegibles se proporcionan de la misma forma que los suyos.

Por lo general, usted es responsable del 20% del importe permitido que no está cubierto por el Beneficio de Gastos Médicos Mayores. Con respecto a la atención recibida de Proveedores fuera de la red, usted es generalmente responsable del 20% del Monto Permitido que no está cubierto por el Beneficio de Gastos Médicos Mayores y de cualquier monto que sea facturado por el Proveedor. Sin embargo, si recibió atención de un proveedor fuera de la red en un centro de la red, Servicios de Emergencia de un Proveedor fuera de la red o servicios de ambulancia aérea fuera de la red, el Plan paga la Tarifa Fuera de la Red. Usted es responsable de pagar el 20% del Monto Reconocido, y no se le puede facturar el saldo. Sin embargo, en algunas circunstancias, un Proveedor puede facturarle el saldo si usted ha dado su consentimiento por escrito para que se le facture el saldo. Además, usted únicamente será responsable de pagar el 20% del Monto Reconocido si la base de datos de proveedores del Fondo indica erróneamente que un Proveedor fuera de la red es un Proveedor dentro de la red.

Máximo de Gasto de Bolsillo

El Fondo limita su responsabilidad de pago de los Gastos Cubiertos al monto Máximo de Gasto de Bolsillo anual que figura en el Resumen de Beneficios. El Gasto Máximo de Bolsillo es un límite de la cantidad que usted debe pagar durante cada año natural. Los montos que usted paga en concepto de Coseguro por los

Gastos Cubiertos, incluida su parte del Monto Reconocido cuando corresponda, cuentan para este máximo. Los gastos no cubiertos, las multas o los importes facturados por el saldo que usted debe pagar por la atención fuera de la red no cuentan para este máximo. Una vez que sus gastos de bolsillo para los Gastos Cubiertos han superado el Máximo de Gastos de Bolsillo, el Fondo paga el 100% del Monto Permitido para los Gastos Cubiertos durante el resto del año calendario. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, el máximo de gasto de bolsillo individual se aplica a cada miembro de la familia individualmente hasta que se haya alcanzado el máximo de gasto de bolsillo familiar global.

Qué cubre el Beneficio por Gastos Médicos Mayores

Como se indicó anteriormente, el Beneficio por Gastos Médicos Mayores cubre los gastos que exceden de los cubiertos como Beneficios Básicos y Servicios Preventivos, así como los siguientes tipos de cargos si son cargos razonables señalados para un cuidado médico y servicios necesarios ordenados por un Proveedor legalmente calificado.

- A. los cargos de un hospital debidamente constituido, salvo que el costo diario por habitación y comidas no podrá exceder de la tarifa regular del hospital por una habitación semiprivada o de cuidado intensivo.
- B. los cargos de diagnóstico, tratamiento, administración de anestesia y cirugía, efectuados por un Proveedor debidamente facultado.
- C. los cargos por el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias o nerviosos / mentales de pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- D. los costos siguientes: servicio local de transporte en ambulancia, equipos, aparatos, servicios de rayos X, pruebas de laboratorio, anestesia, el empleo de radio e isótopos radioactivos, oxígeno, pulmones mecánicos, suministros, tratamiento y manipulación provistos por un quiropráctico.
- E. la terapia hormonal para el crecimiento en respuesta a un diagnóstico de deficiencia hormonal del crecimiento en niños, será cubierta en un 80% bajo las siguientes restricciones/condiciones:
 1. deberá presentarse al consultor médico del Fondo la verificación de la necesidad médica de la terapia;
 2. el diagnóstico deberá hacerse antes de que niño cumpla los 11 años de edad;
 3. la continuación de la cobertura está supeditada a una nueva verificación anual de la necesidad médica de la terapia por el consultor médico del Fondo;
 4. la cobertura de esta terapia cesará cuando el niño cumpla los 18 años de edad.

En el caso de los gastos incurridos por la atención de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, en relación con la atención fuera de la red en

un Departamento de Emergencia para Servicios de Emergencia, o por los servicios de ambulancia aérea por un proveedor fuera de la red, los gastos más allá de los que pueden ser cubiertos como un Beneficio Básico se pagan a la Tarifa Fuera de la Red como un Beneficio de Gastos Médicos Mayores (incluidos todos los Gastos Cubiertos).

Ley de los Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer, aprobada en 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998)

En el caso de que una participante o beneficiaria recibiera beneficios bajo el Plan en conexión con una mastectomía y optara por someterse a la reconstrucción de los senos, el Plan proporcionará cobertura según se determine en consulta con el Proveedor a cargo y la paciente para lo siguiente:

- A. la reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía;
- B. la cirugía y reconstrucción del otro seno con el fin de producir una apariencia simétrica, y
- C. las prótesis y el tratamiento de complicaciones en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfoedemas.

Al igual que con otros beneficios del Plan, el coaseguro correspondiente aplica a la cobertura anteriormente descrita.

GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

NO se efectuarán pagos por los gastos médicos siguientes ni bajo beneficios básicos ni bajo beneficios por gastos médicos mayores:

- A. los costos no recetados como necesarios por un Proveedor debidamente facultado;
- B. los costos incurridos en concepto de hospitalización en un hospital perteneciente al Gobierno federal o que este opere;
- C. los costos que usted no está obligado a pagar;
- D. los costos en que se haya incurrido por servicios recibidos en la dentadura, salvo aquellos que fueran necesarios debido a una lesión accidental a la dentadura natural, incluido el reemplazo de dientes, el tratamiento de una mandíbula fracturada y los rayos X necesarios; (pueden estar cubiertos por el beneficio de atención dental - vea más abajo);
- E. cirugía plástica, salvo aquella requerida como consecuencia de una lesión accidental;
- F. refracciones oculares, anteojos o sus accesorios; (pueden estar cubiertos por el beneficio de atención a la vista - vea más abajo);
- G. los aparatos auditivos o sus accesorios (pueden estar cubiertos por el beneficio de los aparatos auditivos - vea más abajo);
- H. gastos de transporte, excepto los del servicio local de ambulancias;

- I. una lesión resultante de una guerra, declarada o no, incluido un ataque armado;
- J. una lesión accidental o una enfermedad debidas a su trabajo o que tengan lugar mientras lo desempeña;
- K. una lesión intencional autoinfligida o una lesión sufrida a consecuencia de la comisión de un delito;
- L. los costos por educación, capacitación y alojamiento (cama y comidas) cuando usted o uno de sus dependientes se halle internado en una institución que sea primordialmente una escuela u otra institución de capacitación, un lugar de descanso, una casa para el cuidado de ancianos o para recuperación de enfermos;
- M. están excluidos y el Plan no cubre los servicios, tratamientos, medicamentos o suministros de carácter experimental o para la investigación, incluidos los servicios, tratamientos, medicamentos o suministros que no estén reconocidos como práctica médica aceptable, tal como lo determina la Asociación Médica Americana; y los artículos que requirieran una aprobación gubernamental que no hubiera sido concedida o que no existiera en el momento de suministrarse los servicios;
- N. Medicamentos recetados; (pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta - ver más abajo);
- O. Cargos por atención de enfermería en el hogar o enfermera privada;
- P. Cargos de un podiatra solo por visitas al consultorio;
- Q. Cargos de un médico quiropráctico solo por visitas al consultorio.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL

El Fondo pagará los exámenes dentales, las limpiezas, los empastes y otros servicios dentales hasta la cantidad indicada en las páginas 3-4 del Resumen de Beneficios, para usted o sus dependientes.

Para las personas cubiertas menores de 19 años, no se aplicará ningún límite anual en dólares a los beneficios dentales pediátricos esenciales. Los siguientes son los beneficios dentales pediátricos esenciales cubiertos sin límite de dinero anual bajo el Plan:

- A. Atención dental, tratamiento, cirugía y aparatos necesarios debido a una lesión accidental en los dientes sanos (se excluyen las lesiones por masticación o mordida);
- B. Gastos de anestesia y del centro cuando el tratamiento necesita anestesia general supervisada por un Proveedor en un hospital, centro quirúrgico o consultorio dental (se necesita autorización previa);
- C. Radiografías de aleta de mordida según sea necesario (no más de una vez cada seis meses);

- D. Radiografías completas de la boca y radiografías panorámicas según sea necesario (no más de una vez cada 24 meses);
- E. Empastes de amalgama, silicato, sedantes y resina compuesta (esto incluye la sustitución de restauraciones existentes);
- F. Coronas de acero inoxidable en dientes posteriores y anteriores;
- G. Coronas de porcelana en los dientes anteriores;
- H. Extracciones simples y extracciones de dientes impactados;
- I. Mantenedores de espacio en dientes permanentes hasta los 15 años;
- J. Pulpotomía, pulpectomía y endodoncia;
- K. Tratamientos con fluoruro (limitados a uno cada seis meses);
- L. Profilaxis (una cada seis meses); y
- M. Gingivectomía, gingivoplastia y curetaje gingival.

Los siguientes artículos son beneficios dentales pediátricos no esenciales, y están cubiertos solamente hasta el límite anual establecido en el Resumen de Beneficios: *

- A. Ortodoncia;
- B. Dentaduras;
- C. Reconstrucción oclusal; e
- D. Incrustaciones.

* A menos que estén relacionados con una lesión accidental o sean recomendados por el Proveedor o dentista del niño para tratar anomalías craneofaciales graves o maloclusiones de Clase III de cúspide completa.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA

A continuación figuran los beneficios de atención a la vista a los que usted y su familia tienen derecho anualmente a través del Fondo:

- A. un examen completo de la vista practicado por un optómetra u oftalmólogo debidamente facultado; y
- B. un par de lentes (anteojos) y su marco, si fuera necesario.

Usted puede optar por los servicios del médico que prefiera (optómetra, oculista, u oftalmólogo), y se le reembolsarán sus gastos hasta el monto máximo anual de \$400.00 por persona, o sea usted y sus dependientes elegibles. Para las personas cubiertas menores de 19 años, no se aplicará ningún límite anual en dólares para un examen de la vista anual y un par de anteojos (si son médicamente necesarios) con lentes cubiertos. Los lentes cubiertos incluyen los lentes de plástico (incluidos los revestimientos resistentes a los rasguños) y los lentes

monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares de policarbonato. Las lentes de contacto están cubiertas cuando la visión no puede corregirse con anteojos.

Para recibir sus Beneficios de Atención de la Vista deberá primero

Pedir a la Oficina del Fondo un formulario de elegibilidad para recibir Atención de la Vista. Este formulario deberá ser completado por el médico y devuelto a la Oficina del Fondo antes de que podamos efectuarle el reembolso de sus gastos.

BENEFICIOS DE APARATOS AUDITIVOS

El Fondo cubre los gastos de los aparatos auditivos, limitados a un máximo por persona de \$500.00 dólares cada tres años calendario consecutivos. Si no ha utilizado el monto máximo, el saldo puede ser utilizado para reparaciones de aparatos auditivos y/o pilas.

A través de una asociación con Audicus, los Participantes que compren aparatos auditivos de Audicus recibirán un descuento en su compra. Consulte el sitio web de Audicus, www.audicus.com, para obtener más información sobre Audicus y cómo aprovechar el descuento ofrecido.

PROGRAMA DE TARJETA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

El programa de tarjeta para medicamentos del Fondo se proporciona a través de CVS/Caremark y, una vez que usted sea elegible bajo el Fondo, recibirá su correspondiente tarjeta y una lista de farmacias participantes. Algunos términos y limitaciones importantes del programa de tarjeta para medicamentos recetados se describen a continuación.

Gastos de Medicamentos Recetados que están Cubiertos

Los beneficios se pagan por cualquier medicamento genérico que sea *Médicamente Necesario*, esté aprobado por la FDA y haya sido recetado por un Proveedor con licencia.

Los beneficios están disponibles solo para medicamentos para los cuales se requiere una receta. Los medicamentos de venta libre tales como aspirina o antiácidos no están cubiertos por el programa de medicamentos recetados.

Los beneficios se pagan por los medicamentos recetados para las afecciones nerviosas/mentales o los trastornos por consumo de sustancias en la misma medida que los medicamentos recetados para las afecciones médicas.

Farmacias participantes

Usted deberá adquirir su medicamentos recetados en una farmacia que participe en el Programa de medicamentos recetados ofrecido por CVS/Caremark y pagar el copago que corresponda. El Fondo pagará el saldo del costo sujeto a las limitaciones de esta sección. **Si obtiene una receta en una farmacia que no participa, el Fondo no le reembolsará ninguna porción del costo de la receta.**

Copagos

Los copagos varían dependiendo de que adquiera un medicamento **genérico, de marca, o no preferido**. Un medicamento **genérico** es químicamente similar al **de marca** y se pone a la venta al expirar la patente de este último. Su costo es generalmente menor. Un medicamento de marca es aquel que se halla protegido por una patente y otras compañías no pueden fabricarlo mientras no expire dicha patente (a menos que obtengan la autorización de los propietarios de la patente).

Cuando a usted le prescriben un medicamento de marca que no tiene equivalente genérico y este figura en la lista de medicamentos recetados preferidos establecida por CVS/Caremark, el Fondo tendrá derecho a recibir un descuento de la compañía que lo fabrica. Tal descuento se utilizará para compensar los costos que supone para el Fondo el Programa de medicamentos recetados.

Su copago por un medicamento de marca que figure en la lista será de \$15.00. Si usted adquiere un medicamento de marca *que no está incluido en la lista (no preferido) su copago será de \$30.00.*

En resumen, su copago por un suministro de 30 días comprados en una farmacia participantes, según el medicamento por el que usted o su Proveedor opten asciende a:

Genéricos	\$5.00
De marca	\$15.00
No preferidos	\$30.00

Medicamentos excluidos y autorización previa

CVS/Caremark excluye de la cobertura ciertos medicamentos recetados. Por lo general, estos son medicamentos de marca para los cuales existe una alternativa más económica. Puede obtener de la Oficina del Fondo una lista de los medicamentos excluidos. La lista de medicamentos excluidos está sujeta a cambios. El Fondo proveerá cobertura por estos medicamentos excluidos únicamente si el Proveedor que receta obtiene autorización previa de CVS/Caremark al indicar que el medicamento en particular es clínicamente necesario para el paciente. El monto de copago por medicamentos excluidos para los cuales se obtenga autorización previa será \$30.00.

También se requiere autorización previa para todas las recetas de medicamentos compuestos que cuesten \$300.00 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 previsto. La

cobertura de ciertas sustancias químicas de compuesto (polvos y bases de compuesto a granel) será excluida del beneficio de receta médica.

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

Gastos de medicamentos recetados NO CUBIERTOS

El Fondo no cubre:

- A. medicamentos de venta sin receta Proveedor ("de venta libre"), aunque los recete un médico;
- B. medicamentos que CVS/Caremark considera excluidos y para los cuales el Proveedor recetante no obtuvo autorización previa;
- C. vitaminas, minerales, suplementos dietéticos, medicamentos dietéticos, etc.;
- D. medicamentos cuyo objeto principal es de tipo cosmético;
- E. Nicorette, Habitrol u otros medicamentos recetados para dejar de fumar;
- F. Dispositivos o aparatos terapéuticos, incluida la prescripción terapéutica digital (PDT, por sus siglas en inglés) que puede ser un software o una aplicación móvil;
- G. Imcivree;
- H. dispositivos o aparatos terapéuticos;
- I. agujas hipodérmicas o jeringas (excepto las que sirven para inyectar insulina);
- J. medicamentos para la fertilidad;
- K. diagnósticos;
- L. Rogaine, solución de Minoxidil, ni otros medicamentos para promover el crecimiento del cabello;
- M. medicamentos formulados genéticamente;
- N. Viagra (o su equivalente genérico) u otros medicamentos recetados para la disfunción o deficiencia sexual;
- O. terapia hormonal para el crecimiento (excepto en los casos de deficiencia hormonal del crecimiento en niños – cubierto bajo Beneficios por gastos mayores, con las restricciones indicadas anteriormente);
- P. Spinraza (se puede cubrir bajo Gastos Médicos Mayores bajo las circunstancias correspondientes con autorización previa)

Tarjeta de identificación para medicamentos con receta

Todos los empleados cubiertos recibirán una tarjeta de identificación para medicamentos con receta, la cual tendrá validez mientras los empleados sean elegibles bajo el Fondo. Esta tarjeta también cubre a los familiares elegibles.

Cuando usted o uno de sus dependientes elegibles necesite que le dispensen una receta, deberá presentar su tarjeta a la farmacia participante junto con la receta. Recuerde que la tarjeta solo puede ser usada en nombre de personas elegibles bajo el Fondo. El uso no autorizado o fraudulento de su tarjeta para obtener medicamentos con receta motivará la cancelación inmediata de sus beneficios de medicamentos con receta y podría ocasionar que el fondo solicite que le reintegren las reclamaciones de beneficios pagadas.

Medicamentos de mantenimiento y pedidos por correo

Los medicamentos de mantenimiento se deben comprar en farmacias CVS o mediante el programa de pedidos por correo. "Medicamentos de mantenimiento" son aquéllos que se recetan para 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.

Medicamentos de mantenimiento comprados en CVS

Presente su receta de medicamentos de mantenimiento en una farmacia CVS y recibirá un suministro de hasta 90 días por el mismo copago de un pedido por correo.

Medicamentos de mantenimiento comprados a través del Programa de Pedidos por Correo

La primera vez que compre un medicamento de mantenimiento, pídale a su Proveedor que le dé dos recetas. Una de ellas será para 14 días y usted podrá comprarla en una farmacia participante con su tarjeta de medicamentos con receta. La otra le servirá para pedir un mayor número de dosis a través del programa de medicamentos enviados por correo, el cual le enviará una cantidad máxima suficiente para 90 días.

Los copagos por los medicamentos enviados por correo (un suministro de hasta 90 días) son los siguientes:

Genéricos	\$10.00
De marca	\$30.00
No preferidos	\$60.00

Cómo recibir medicamentos recetados por correo

- A. Obtenga el formulario para pedir medicamentos recetados por correo de la Oficina del Fondo, CVS/Caremark o en línea (en www.caremark.com, haga clic en "Print Plan Forms" [Imprimir formularios del plan]).
- B. Llene el formulario y envíelo por correo junto con la receta, a la unidad de CVS/Caremark encargada de enviar los medicamentos por correo, a la

- dirección que figura en el formulario de pedido. Sus medicamentos recetados le llegarán entonces por correo.
- C. Para volver a hacer a hacer un pedido envíe la tarjeta para que le dispensen el medicamento nuevamente o llame al número de llamada gratuita de la unidad de envíos por correo. Usted recibirá sus pedidos de medicamentos recetados tantas veces como su Proveedor lo considere necesario y lo indique en la receta original.

Terapia por etapas con medicamentos genéricos

Este programa ahorra costos al exhortar a usted y a su Proveedor a elegir un medicamento genérico de más bajo costo como primera etapa del tratamiento de su afección médica. Algunas afecciones médicas tienen muchas opciones de tratamiento que varían en costos. El simple hecho que un medicamento cueste más, no significa que funcione mejor. 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 antes de que el Fondo cubra el medicamento de marca. Si tiene preguntas sobre la Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos, llame al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de medicamentos con receta.

Medicamentos especializados

En algunas ocasiones, ciertas afecciones médicas requieren que se usen medicamentos especiales, lo cual es sumamente costoso para el Fondo. Un medicamento especializado es uno que se deriva biológicamente y que se encuentra en la lista de medicamentos especializados que mantiene CVS/Caremark.

Para controlar el uso de medicamentos especializados por los participantes, el Fondo participa en el “Programa de Directrices de Control del Uso de Medicamentos Especializados” de CVS/Caremark. Mediante este programa, todos los medicamentos especializados deben ser surtidos por farmacias dedicadas de CVS/Caremark.

Puede encontrar una lista de las farmacias especializadas de CVS/Caremark en: www.caremark.com. El Fondo también participa en la característica de Diseño de Plan Preferido, el cual 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).

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

El Programa de Administración de Utilización (AM) 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, tendrá que pagar de su propio bolsillo, además de los coaseguros.

Antes de cualquier hospitalización programada, usted o su Proveedor 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 Proveedor 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.

La certificación de preadmisión no es necesaria en relación con los Servicios de Emergencia. En caso de una Afección Médica de Emergencia, diríjase directamente al Departamento de Emergencias. Usted o un familiar deben notificar a American Health Holdings dentro de las 48 horas siguientes a la atención de emergencia.

El Programa de Administración de Utilización del Plan consiste en:

- A. La revisión de certificación previa de los servicios médicos propuestos antes de que se brinden los servicios.
 1. Algunos Proveedores 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 Proveedor antes de su ingreso en el Hospital.
 2. Si está embarazada, debe llamar aproximadamente 30 días antes de la fecha de dar a luz y después volver a llamar 48 horas antes de ingresar al hospital para el alumbramiento.
- B. La Administración de Casos, mediante la cual el paciente, la familia y los Proveedores del paciente 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.

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

- A. la necesidad y la conveniencia de la permanencia en el hospital, y
- B. necesidad, idoneidad y relación costo-efectividad de los servicios propuestos para la atención médica o quirúrgica, las afecciones nerviosas/mentales o los trastornos por consumo de sustancias.

La compañía de Administración de Utilización determina si un ciclo de atención o tratamiento es Médicamente Necesario, con respecto a las afecciones del paciente y dentro de los términos de este Plan.

IMPORTANTE

La recomendación de su Proveedor para una cirugía, hospitalización, internamiento 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 motivos médicos 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 Proveedor. Debe seguir el ciclo de tratamiento que usted y su Proveedor consideren más apropiado, incluso si la compañía de Administración de Utilización no certifica el tratamiento médico propuesto, la hospitalización o el internamiento 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 motivos médicos como si no lo están.

Qué sucede 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 motivos médicos.

Si la compañía de Administración de Utilización determina que los servicios no son necesarios por motivos médicos, no se pagarán beneficios del Plan por dichos servicios.

Si la compañía de Administración de Utilización determina que los servicios son necesarios por motivos médicos, los beneficios del Plan se pagarán por dichos servicios. Sin embargo, usted tendrá que pagar hasta \$100.00 adicionales para cubrir el costo de los servicios, además del coaseguro que corresponda.

PAGO DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS

¡Presente su reclamación inmediatamente!

- A. Obtenga sus datos del Administrador. Complete la parte que corresponde al empleado y firme el formulario;
- B. Haga que el Proveedor o el hospital llene el formulario;
- C. Cuando reciba tratamiento del Proveedor o del hospital, examine detenidamente su factura, a fin de asegurarse de que efectivamente recibió el tratamiento y los servicios que le están cobrando.
- D. Firme solamente un formulario de reclamación de beneficios por cada visita que haga al Proveedor. No es necesario firmar más de un formulario por cada consulta médica.
- E. Adjunte al formulario de reclamación de beneficios todos los recibos y facturas.
- F. Si desea que el Fondo le pague directamente al Proveedor, deberá firmar también la asignación de beneficios en cada formulario.
- G. Si el pago debe efectuarse directamente a usted, deberá incluir los recibos pagados con la reclamación de beneficios.
- H. Envíe el formulario por correo a la Oficina del Fondo:

METROPOLITAN DC PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND
PO BOX 564
TROY, MI 48099

El Agente administrativo tendrá a mano un formulario de reclamación de beneficios para su uso en caso de accidente y enfermedad, beneficios por gastos médicos, y rayos X y exámenes de laboratorio para diagnóstico. El formulario de

reclamación del beneficio por fallecimiento también deberá obtenerse directamente de la Oficina del Fondo.

NO SE PAGARÁN LAS RECLAMACIONES DE BENEFICIOS QUE SEAN PRESENTADAS A LA OFICINA DEL FONDO MÁS DE UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE FUERON COMPLETADOS O EN QUE SE RECIBIERON LOS SERVICIOS.

Le recomendamos que presente sus formularios de reclamación de beneficios a la mayor brevedad posible.

Vea la sección Procedimiento para presentar reclamaciones de beneficios y apelaciones conforme a ERISA en este folleto para obtener información más completa.

SANCIONES POR LA FALSIFICACIÓN DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS O POR LA NO DEVOLUCIÓN DE MONTOS PAGADOS DE MÁS

Todo empleado que, por error o tergiversación, recibiera pagos del Fondo para sí mismo o sus dependientes o dependientes anteriores, deberá reembolsar inmediatamente al Fondo al así solicitársele. El incumplimiento de dicho reembolso dentro de un plazo de 30 días dará lugar a las sanciones siguientes.

- A. Se sumarán intereses al monto adeudado a razón del 6% anual; y
- B. si todavía no se ha hecho el pago una vez transcurridos noventa (90) días, se dará por terminada la elegibilidad del empleado; y
- C. la elegibilidad del empleado no será restablecida sino hasta 12 meses después de la fecha en que efectúe el reembolso, tras lo cual deberá trabajar suficientes horas para cumplir con la regla relativa al restablecimiento de la elegibilidad.
- D. todas las reclamaciones de beneficios que se presenten al Fondo para su pago durante el plazo de 90 días previo a la pérdida de la elegibilidad, tal como se indica bajo el número 2, serán aplicadas al monto del reembolso adeudado por el empleado.
- E. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de hacer exenciones en relación con una o todas estas disposiciones, total o parcialmente.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN

La Sección 102 de la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés) en su forma enmendada, que fuera aprobada en 1974, requiere la siguiente información:

Resumen de la Descripción del Plan

- A. El nombre del plan es Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund.

- B. El nombre y la dirección de la Junta de Fideicomisarios conjunta integrada por representantes de las partes que establecieron o mantienen el plan es:

JOINT BOARD OF TRUSTEES
METROPOLITAN DC PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND
7130 COLUMBIA GATEWAY DRIVE, SUITE A
COLUMBIA, MD 21046

El Plan lo mantienen empleadores obligados a hacer aportaciones al Fondo de conformidad con convenios colectivos firmados con ciertas organizaciones de empleados. Los participantes y beneficiarios pueden obtener del Administrador del Plan, pidiéndola por escrito, una lista completa de los empleadores y organizaciones de empleados que patrocinan el plan. Los participantes y beneficiarios pueden también recibir del Administrador del Plan, pidiéndola por escrito, información que indique si un empleador determinado o una organización de empleados es patrocinadora del Fondo y, de ser así, la dirección de dicho patrocinador.

- C. El número de identificación de empleador asignado por el Servicio de Rentas Internas al Fondo es el: 52-6098777. El número de Plan asignado por la Junta de Fideicomisarios Conjunta es: 501.
- D. Este Fondo de bienestar proporciona cobertura para hospitalización, atención médica, medicamentos recetados, atención dental y de la vista, ingresos por incapacidad y beneficios por fallecimiento.
- E. La administración diaria del Fondo se encuentra a cargo de un administrador contratado para ello, BeneSys, Inc.
- F. El nombre, la dirección y el número telefónico del Administrador del Fondo es:

BENESYS, INC.
7130 COLUMBIA GATEWAY DRIVE, SUITE A
COLUMBIA, MD 21046
(410) 872-9541

- G. El nombre y la dirección de la persona designada como agente para recibir notificaciones de comparecencia judicial es:

DINAH S LEVENTHAL, ESQ.
O'DONOGHUE & O'DONOGHUE, LLP
5301 WISCONSIN AVENUE, NW, SUITE 800
WASHINGTON, DC 20015

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

- H. Se indican a continuación el nombre, título y dirección de la oficina principal de cada Síndico del Fondo:

FIDEICOMISARIOS DEL SINDICATO	FIDEICOMISARIOS DEL EMPLEADOR
Julio Palomo Baltimore Washington District Council LiUNA 9104 Old Marlboro Pike Upper Marlboro, MD 20772	Ralph Kew Fort Myer Construction Co. 2237 33 rd Street, NE Washington, DC 20018
Stephen Lanning Laborers' Local 11 5201 1 st Place, NE Washington, DC 20011	Lewis Shrensky Fort Myer Construction Co. 2237 33 rd Street, NE Washington, DC 20018
Jamie Buck Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Daniel Mullally Civil Construction LLC 2413 Schuster Drive Hyattsville, MD 20781
Mark Wildsmith Cement Masons Local 592 2843 Snyder Avenue Philadelphia, PA 19145	

I. El Fondo funciona conforme a uno o más convenios colectivos, y los participantes y beneficiarios pueden obtener una copia de tales acuerdos solicitándolos por escrito al Administrador del Fondo. El Fondo impondrá un cargo razonable por suministrar copias de cualquiera de esos acuerdos. Puede obtener el monto de este cargo de la oficina del Administrador del Fondo.

Además, la documentación anteriormente descrita está disponible en todo momento para su inspección por los participantes y beneficiarios, en la oficina principal del Administrador del Fondo, así como en los establecimientos de empleadores en donde trabajen de ordinario más de 50 participantes cubiertos por el Plan.

- J. Los requisitos del Fondo con respecto a la elegibilidad para participar y recibir beneficios se encuentran estipulados en este Resumen de la Descripción del Plan, en el cual se explican detalladamente las reglas para ser elegible para los beneficios y también para continuar siéndolo.
- K. Este Resumen de la Descripción del Plan estipula las circunstancias que podrían dar lugar a la descalificación, inelegibilidad o denegación de la participación, o la pérdida, cancelación, suspensión, compensación, reducción o recuperación de los beneficios. Las mismas incluyen, entre otras, las siguientes:
 1. El incumplimiento de los requisitos para la elegibilidad estipulados en el Plan a causa de:
 - a. empleo insuficiente dentro de la jurisdicción del Plan;
 - b. empleo insuficiente por estar incapacitado durante períodos anteriores o siguientes a los períodos durante los cuales puede obtenerse crédito;
 2. Empleo sin cobertura (el empleador no estaba obligado a efectuar aportaciones en nombre de los empleados);
 3. No haber presentado prontamente y de buena fe los formularios y otros datos necesarios para corroborar una reclamación de beneficios;
 4. No haber presentado reclamaciones de beneficios dentro del plazo estipulado en el Plan;
 5. Una afirmación falsa importante puede tener como resultado la denegación de una reclamación de beneficios;
 6. El ingreso en las Fuerzas Armadas hará que termine la elegibilidad bajo el Plan, excepto según lo requiera la Ley de Empleo y Recontratación de Miembros de los Servicios Uniformados ("USERRA");
 7. El Fondo no pagará ningún gasto recuperable bajo el programa de Medicare;
 8. Las lesiones sufridas durante actividades delictuosas no están cubiertas bajo el Plan;

9. Ser empleado de un empleador que se encuentra en mora y no ha pagado sus aportaciones al Fondo durante un período de tres (3) meses consecutivos o durante tres (3) meses de un período de seis (6) meses.

Los Fideicomisarios específicamente se reservan el derecho a modificar, eliminar o añadir servicios o suministros de la Lista de beneficios suministradas a los participantes y a sus dependientes. Los Fideicomisarios también se reservan el derecho a dar por terminado, suspender, enmendar o modificar el Plan, parcial o totalmente, en cualquier momento., así como a adoptar nuevas normas y reglamentos o a modificar los que estuviesen vigentes. Nada de lo indicado en el presente folleto o en otros documentos deberá interpretarse en el sentido de que los beneficios del Fondo están garantizados. De acuerdo con el Convenio de Fideicomiso del Fondo, el Plan puede ser terminado, suspendido, enmendado o modificado por una mayoría de votos de los Fideicomisarios. Las modificaciones al Plan anteriormente mencionadas deberán quedar reflejadas en las actas de las reuniones o en el Resumen de modificaciones importantes que correspondan, o en un documento por escrito retenido en los archivos del Fondo. Los Fideicomisarios notificarán a los participantes cuando introduzcan cambios importantes en las normas, los reglamentos, o en la lista de beneficios.

- L. Este folleto ofrece una descripción de los derechos y las obligaciones de los participantes y beneficiarios en relación con la continuación de la cobertura.
- M. La fuente de las aportaciones al Fondo proviene de las aportaciones hechas por los empleadores individuales de conformidad con las disposiciones de un convenio colectivo correspondiente.
- N. El Plan es financiado por medio de aportaciones hechas al Fondo, así como por los ingresos generados por la inversión de dichas aportaciones. Todos los montos se utilizan exclusivamente para suministrar prestaciones a los empleados elegibles o sus dependientes, y al pago de todos los gastos en que se incurra con respecto a la operación del Fondo. Este es un Plan autoasegurado.
- O. La fecha de término del año fiscal de Plan es el: 30 de septiembre.
- P. Los procedimientos de reclamación y apelaciones del Fondo se estipulan más adelante en este folleto.
- Q. La declaración del Fondo sobre los derechos de ERISA se estipula más adelante en este folleto.
- R. La declaración del Fondo respecto de la cobertura de maternidad y para recién nacidos se estipula más adelante en este folleto.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIÓN CONFORME A ERISA

Información general

Todas las personas que solicitan beneficios del Fondo tendrán que presentar sus reclamaciones de beneficios, por escrito y firmadas, en los formularios que proporciona la oficina del Agente Administrativo del Fondo. Dichas reclamaciones de beneficios podrán ser completadas y presentadas directamente por el participante o dependiente, o por un Proveedor de servicios, sujeto a las limitaciones del Fondo en materia de asignaciones.

Las reclamaciones de beneficios para que se determine si una persona es elegible para recibir beneficios no se considerarán reclamaciones de beneficios. De igual modo, las preguntas casuales acerca de beneficios o las circunstancias en que pudieran pagarse beneficios no se considerarán reclamaciones de beneficios. Salvo cuando existan circunstancias atenuantes, tales como una emergencia, una indagación verbal (tal como una llamada telefónica) hecha a la Oficina del Fondo para preguntar si un servicio determinado está cubierto por el Fondo no se considerará una reclamación de beneficios de beneficios válida. Tampoco se considerará reclamación de beneficios válida una indagación o reclamación, ya sea verbal o por escrito, que se dirija a alguien (incluido un Síndico) que no sea la Oficina del Fondo.

Las reclamaciones de beneficios deberán presentarse a la oficina del Agente Administrativo, BeneSys, Inc., tan pronto como sea razonablemente posible después de incurrirse en gastos médicos. Para que una reclamación de beneficios sea considerada para su pago, deberá haber sido recibida en la oficina del Agente administrativo dentro de un plazo de un año después de efectuado el gasto. Si una reclamación de beneficios no fue presentada dentro de dicho plazo de un año se denegará su pago. Las reclamaciones de beneficios debidamente completadas deberán ir acompañadas por las facturas del Proveedor y cualesquiera otras pruebas que pudiera requerir el Agente Administrativo.

El Agente Administrativo del Fondo examinará todas las reclamaciones de pago beneficios por escrito que le sean presentadas. El Agente Administrativo tendrá derecho a pedir que se le presente cualquier información necesaria, además de la presentada anexa a la reclamación de beneficios, para determinar la elegibilidad del solicitante para recibir un beneficio solicitado. El Fondo no pagará ningún beneficio hasta tanto el Agente Administrativo reciba una reclamación de beneficios por escrito, firmada, junto con toda la información que dicho agente hubiese pedido. La dirección a la cual deben enviarse las reclamaciones de pago de beneficios es la siguiente:

**METROPOLITAN DC PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND
PO BOX 564
TROY, MI 48099**

Si un solicitante hace una declaración falsa de importancia en su reclamación de beneficios, la Junta de Fideicomisarios tendrá derecho a recuperar el monto de cualquier pago efectuado basándose en dicha declaración falsa.

Los Fideicomisarios serán los únicos que podrán juzgar las pruebas requeridas en cada caso, y los Fideicomisarios podrán ejercer su total discreción y autoridad en la aplicación e interpretación de los términos del Resumen de la Descripción del Plan, incluidas aunque sin limitarse a ellas, todas las determinaciones referentes al derecho a recibir beneficios y los derechos de los participantes y sus beneficiarios. En lo que respecta a la aplicación e interpretación del Resumen de la Descripción del Plan, la decisión de la Junta de Fideicomisarios se considerará definitiva y obligatoria para todas las partes, incluidos los empleados, empleadores, sindicatos, demandantes y beneficiarios.

El solicitante deberá satisfacer prontamente todas las solicitudes de información o de comprobación, y de buena fe, ya que su incumplimiento se consideraría causa suficiente para denegar o descontinuar los beneficios de dicha persona.

Al presentar un reclamo o apelación, el solicitante puede ser representado por cualquier representante autorizado. Si dicho representante no fuera un abogado o un guardián nombrado por el tribunal, el solicitante deberá designar por escrito al representante. Ni el solicitante ni su representante tendrán derecho a comparecer personalmente ante la Junta de Fideicomisarios a fin de presentar una apelación.

La oficina del Fondo mantendrá registros de las determinaciones adoptadas con respecto a reclamaciones o reclamaciones, así como las interpretaciones del Fondo, de modo que en el futuro pueda recurrirse a dichas determinaciones e interpretaciones en casos que exhiban circunstancias similares.

El Fondo tomará todas las determinaciones de acuerdo con sus documentos aplicables, normas y reglas, y aplicará las disposiciones del Resumen de la Descripción del Plan uniformemente en lo que respecta a otros solicitantes en la misma situación.

Definiciones

Las definiciones siguientes son importantes para entender la manera en que su reclamo o apelación serán manejadas por el Fondo, y el plazo que este debe cumplir:

Reclamaciones de Beneficios Urgentes: son las reclamaciones previas al servicio de atención médica o tratamiento con respecto de las cuales los plazos regulares para determinar los beneficios antes del servicio podrían poner en serio peligro la vida o la salud del solicitante, o la capacidad del solicitante para recobrar sus plenas funciones. Dicha determinación debe ser tomada por una persona que, actuando en nombre del Fondo, aplique el criterio de una persona lega prudente que posea un conocimiento medio en materia de salud y de medicina. Sin embargo, cualquier reclamación de beneficios de este tipo que un

médico, conociendo la afección del solicitante, determine que tiene carácter urgente, será tratada como una reclamación de beneficios urgente. Además, las reclamaciones de beneficios urgentes incluyen las que, en la opinión de un médico que conozca la afección del solicitante, hacen que el paciente sufra fuertes dolores que no pueden controlarse debidamente sin la atención o tratamiento a que se refiera la reclamación de beneficios. Las Reclamaciones de Beneficios Urgentes también incluyen reclamaciones de cobertura de servicios de diagnóstico relacionados con COVID-19.

Reclamaciones de Beneficios Previas al Servicio: son las de beneficios para los cuales el Fondo condiciona su provisión, total o parcial, a la aprobación previa del suministro de atención médica (p. ej., revisión de preautorización o utilización).

Reclamaciones de Beneficios Posteriores al Servicio: suponen el pago o reembolso de costos de atención médica que ya se ha proporcionado.

Determinación Adversa de Beneficios: significa cualquiera de las siguientes acciones: una denegación, reducción, rescisión, o falta de pago (total o parcial) de un beneficio, incluidas las determinaciones basadas en la elegibilidad para participar, basándose en la aplicación de un examen de utilización, o en que los servicios eran experimentales, para fines de investigación, o no Médicamente Necesarios.

Reclamación de Beneficios de Atención Concurrente: es una reclamación para prolongar el tratamiento hasta después del período o serie de tratamientos que el Fondo haya aprobado como tratamiento en curso. Dicha reclamación de beneficios puede ser una reclamación de beneficios urgente de atención, una reclamación de beneficios anterior al servicio o una reclamación de beneficios posterior al servicio.

Decisiones de Atención Concurrente: son las que se adoptan para rescindir o reducir beneficios otorgadas anteriormente para un tratamiento provisto durante cierto período o una serie de tratamientos. Dichas decisiones son tratadas como determinaciones adversas de beneficios.

Información Pertinente: es la información, documentos o antecedentes que: (1) sirvieron de fundamento para la determinación de beneficios; (2) fueron presentados, considerados o producidos mientras se determinaban los beneficios; (3) demuestran el cumplimiento con los procedimientos administrativos del Fondo; o (4) constituyen una declaración de principios del Fondo respecto de la reclamación de beneficios.

Fechas límite

El Fondo debe cumplir con ciertas fechas límite en el manejo de reclamaciones de beneficios y apelaciones. Esas fechas variarán dependiendo del tipo de reclamación de beneficios presentada.

A. Reclamaciones de beneficios urgentes. Las reclamaciones de beneficios urgentes deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y se debe notificar al reclamante de la decisión lo antes posible teniendo en cuenta las exigencias

médicas, pero a más tardar 72 horas después de que la Oficina del Fondo haya recibido el reclamo. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamaciones de beneficios urgentes deben ser decididas por la Junta de Fideicomisarios, y el solicitante debe ser notificado de la decisión dentro de las 72 horas de que la Oficina del Fondo haya recibido tal apelación. No se permiten prórrogas de estos plazos.

- B. Reclamaciones de beneficios previas al servicio. Las reclamaciones de beneficios previas al servicio deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y dicha Oficina debe notificar al reclamante dentro de los 15 días de haber recibido la reclamación de beneficios. Si la Oficina del Fondo determina que hay circunstancias fuera de su control, puede aplicarse una prórroga de 15 días si el solicitante es notificado de ésta y de las circunstancias antes de que venza el período inicial de 15 días. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamaciones de beneficios anteriores al servicio deben ser decididas por la Junta de Fideicomisarios, y el solicitante debe ser notificado de la decisión dentro de un lapso razonable máximo, a más tardar dentro de los 30 días subsiguientes a la fecha en que la Oficina del Fondo haya recibido la apelación, sin prórrogas.
- C. Reclamaciones de beneficios posteriores al servicio. Las reclamaciones de beneficios posteriores al servicio deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y dicha Oficina debe notificar al reclamante dentro de los 30 días de haber recibido la reclamación de beneficios. Si la Oficina del Fondo determina que hay circunstancias fuera de su control, puede aplicarse una prórroga de 15 días si la Oficina notifica de ésta y de las circunstancias al solicitante antes de que venza el período inicial de 30 días. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamaciones de beneficios posteriores al servicio deben ser decididas por la Junta de Fideicomisarios, y el solicitante debe ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más abajo.
- D. Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad. Estas reclamaciones deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y el reclamante debe ser notificado dentro de un lapso razonable, a más tardar dentro de los 45 días de que dicha Oficina haya recibido el reclamo. Ese lapso puede prorrogarse hasta dos períodos más de 30 días en el caso de circunstancias fuera del control de la Oficina del Fondo, si se notifica al reclamante de tal prórroga y de las circunstancias antes de que venzan el período inicial de 45 días y la primera prórroga de 30 días, respectivamente. La notificación de la prórroga deberá explicar específicamente las normas en las que se basa el derecho a un beneficio, las cuestiones sin resolver que impiden adoptar una decisión sobre el reclamo, y la información adicional necesaria para resolver tales cuestiones, y que el reclamante tendrá por lo menos 45 días dentro de los cuales podrá proporcionar la información especificada. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad deben ser decididas por la

Junta de Fideicomisarios, y el solicitante debe ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más abajo.

- E. Reclamaciones de beneficios por fallecimiento. Las reclamaciones de beneficios por muerte deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y el solicitante debe ser notificado dentro de los 90 días de la fecha en que se reciba su reclamación. Dicho lapso puede prorrogarse hasta 90 días en el caso de circunstancias especiales, si se notifica al solicitante de tal prórroga y de las circunstancias antes de que venza el período inicial de 90 días. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamaciones de beneficios por fallecimiento deben ser decididas por la Junta de Fideicomisarios, y el solicitante debe ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más abajo.
- F. Decisiones sobre atención concurrente. La Oficina del Fondo deberá notificar al solicitante sobre la determinación adversa de beneficios con suficiente antelación a su reducción o rescisión, a fin de que el solicitante pueda apelar y obtener una determinación sobre el examen de dicha determinación adversa antes de que se reduzca o rescinda el beneficio. Los pedidos de reclamantes para que se extienda el tratamiento después del período o serie de tratamientos que son objeto de una reclamación de atención urgente deberán decidirse lo antes posible, y la Oficina del Fondo notificará al solicitante sobre la determinación del beneficio, ya sea adversa o no, dentro de las 24 horas de haberse recibido tal reclamación, siempre que ésta se presente por lo menos 24 horas antes de que venza el período o serie de tratamientos recetados. Las apelaciones de las decisiones de atención concurrente deberán ser decididas por la Junta de Fideicomisarios, y el solicitante deberá ser notificado de la decisión dentro de los plazos indicados en los párrafos (a), (b) o (h).
- G. Regla general para aplicar los plazos. El período dentro del cual debe determinarse un beneficio comienza en el momento en que se presente la reclamación de beneficios, ya sea que ésta incluya o no toda la información necesaria para tomar una determinación sobre los beneficios. Si se prorroga un período por no haber el solicitante presentado la información necesaria para la decisión, el lapso para determinar el beneficio se contará desde la fecha en que la notificación de la prórroga se envíe al solicitante hasta la fecha en que el solicitante responda al pedido de información adicional. Asimismo, al tramitar una reclamación, el Fondo podrá pedir que el solicitante acepte una prórroga adicional además de la descrita más arriba. El solicitante entonces tiene discreción para permitir tal prórroga, y también para determinar su duración.
- H. Fechas para las decisiones sobre apelaciones. La Junta de Fideicomisarios o su Comité de Apelaciones examinarán las apelaciones y decidirán sobre las mismas. La Junta de Fideicomisarios tendrá reuniones regulares por lo menos trimestralmente a fin de examinar las apelaciones y decidir sobre ellas. El Comité de Apelaciones examinará las apelaciones de reclamaciones de

beneficios urgentes y decidirá sobre las mismas dentro del período de 72 horas descrito en el párrafo (a) más arriba. El Comité de Apelaciones o la Junta de Fideicomisarios examinarán las apelaciones de reclamaciones de beneficios previas al servicio y decidirán sobre ellas dentro del período de 30 días descrito en el párrafo (b) más arriba. La Junta de Fideicomisarios examinará las demás apelaciones y decidirá sobre ellas en su reunión trimestral regular inmediatamente siguiente a la fecha en que la Oficina del Fondo reciba tal apelación, a menos que ésta se reciba dentro de los 30 días anteriores a tal reunión. En ese caso, el examen y decisión relativos a la apelación tendrán lugar a más tardar en la fecha de la segunda reunión después de que la Oficina del Fondo haya recibido la apelación. Si a causa de circunstancias especiales fuera necesaria una nueva prórroga para la tramitación, la apelación será examinada y se decidirá sobre la misma a más tardar en la tercera reunión después de que la Oficina del Fondo haya recibido la apelación. Si tal prórroga fuera necesaria a causa de circunstancias especiales, la Oficina del Fondo notificará de tal prórroga por escrito al solicitante, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la decisión, antes del comienzo de la prórroga.

Información insuficiente del solicitante

Si un solicitante no ha suministrado al Agente Administrativo toda la información necesaria para tramitar la reclamación de beneficios, el Fondo se comunicará con dicho solicitante para explicarle lo que debe hacerse. A continuación se indican las fechas límite para este trámite, las cuales dependen del tipo de reclamación:

- A. Reclamaciones de beneficios urgentes. Si el solicitante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación de beneficios urgente, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de las 24 horas de que el Fondo reciba la reclamación de beneficios. Dicha notificación podrá ser oral a menos que el solicitante pida que sea por escrito.

Si el solicitante no ha suministrado información suficiente para determinar si los beneficios son pagaderos, o en qué medida, se le deberá notificar dentro de las 24 horas de recibida la reclamación de beneficios urgente sobre la información concreta necesaria para completar la reclamación de beneficios. Al solicitante se le debe dar un tiempo razonable, pero no menos de 48 horas, para suministrar la información. La Oficina del Fondo debe notificar al solicitante de su determinación lo antes posible, a más tardar 48 horas después de haber recibido la información o, de ser más tarde, 48 horas después de finalizado el período permitido al solicitante para proporcionar la información especificada.

- B. Reclamaciones de beneficios previas al servicio. Si el solicitante no cumple con los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación de beneficios previa al servicio, se le debe notificar de los procedimientos debidos dentro de los 5 días de que el Fondo haya recibida la reclamación de

beneficios. Dicha notificación podrá ser oral a menos que el solicitante pida que sea por escrito.

Si el solicitante no ha proporcionado suficiente información necesaria para decidir sobre la reclamación de beneficios previa al servicio, la Oficina del Fondo podrá tratar de obtener la prórroga de 15 días descrita más arriba, y la notificación por escrito de prórroga deberá describir específicamente la información requerida. El solicitante deberá contar con por lo menos 45 días después de recibir la notificación para suministrar dentro de ese plazo la información especificada.

- C. Reclamaciones de beneficios posteriores al servicio. Si el solicitante no cumple con los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación posterior al servicio, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de un período razonable que no podrá exceder de los 30 días.

Si el solicitante no ha presentado la información suficiente y necesaria para decidir sobre la reclamación de beneficios posterior al servicio, la Oficina del Fondo podrá requerir la prórroga de 15 días descrita más arriba, y la notificación por escrito de la prórroga deberá describir concretamente tal información necesaria. El solicitante deberá contar con por lo menos 45 días después de recibir la notificación para suministrar dentro de ese plazo la información especificada.

- D. Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad. Si el solicitante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación de beneficios semanales por accidente y enfermedad, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de un período razonable que no podrá exceder de los 45 días.

- E. Reclamaciones de beneficios por fallecimiento. Si el solicitante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación de beneficios por fallecimiento, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de un período razonable que no podrá exceder de los 30 días.

Notificación de la determinación relativa a la reclamación de beneficios

Si el Fondo examina una reclamación de beneficios y toma una determinación adversa de los beneficios, el Agente Administrativo notificará al solicitante por escrito o electrónicamente.

Las notificaciones deben incluir la siguiente información, escrita de una manera que sea comprensible para el solicitante:

- A. El motivo o motivos concretos para la determinación adversa de los beneficios;
- B. Referencia a las disposiciones específicas del Resumen de la Descripción del Plan en las que se basa la determinación;

- C. Una descripción de los documentos o información adicionales necesarios para que el solicitante perfeccione la reclamación de beneficios, y una explicación de por qué tales documentos o información son necesarios;
- D. Una descripción de los procedimientos de examen y de las fechas límites del Fondo aplicables a tales procedimientos, incluida una declaración de los derechos del solicitante a entablar una acción civil conforme a ERISA sección 502(a) después de haberle sido denegada una apelación;
- E. Una copia de la norma interna, directriz, protocolo o criterio similar si se ha basado en uno de ellos para realizar la Determinación Adversa de Beneficios, o alternativamente, una declaración de que dicha norma, directriz, protocolo o criterio similar no existe;
- F. Si la determinación adversa se basa en una determinación de necesidad médica o un tratamiento experimental, o una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Fondo a las circunstancias médicas del solicitante, o una declaración de que tal explicación será proporcionada sin costo alguna, a su reclamación de beneficios;
- G. En el caso de una determinación adversa de beneficios relacionados con la atención urgente, una descripción del trámite acelerado de examen;
- H. Si procede, en el caso de una Determinación Adversa de Beneficios que implique Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad, una discusión de la decisión que incluya una explicación de la base del Plan para estar o no estar de acuerdo, siguiendo: (i) las opiniones presentadas por los profesionales de la salud y/o profesionales vocacionales del reclamante que lo evaluaron; (ii) las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento el Plan obtuvo en relación con la determinación de los beneficios, independientemente de si el asesoramiento se basó en la determinación de los beneficios; o (iii) una determinación de discapacidad realizada por la Administración del Seguro Social.
- I. En el caso de una Determinación Adversa de Beneficios que implique Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad, una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso y copias de todos los documentos, registros y otra información que sea relevante para la reclamación de beneficios;

Apelaciones

Un solicitante tiene derecho a apelar por escrito cualquier determinación adversa de beneficios hecha por la Oficina del Fondo dentro de los 180 días de recibida tal determinación. El solicitante tendrá la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos, antecedentes y demás información relativa a la reclamación de beneficios, aunque tal información haya sido presentada o considerada en la determinación inicial del beneficio. Se proporcionará al solicitante, a su solicitud y gratuitamente, un acceso razonable a los documentos,

antecedentes y demás información relacionada con la reclamación de beneficios, así como copias de los mismos. Además, con respecto a las apelaciones de las Determinaciones Adversas de Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad, se le proporcionará al reclamante, de forma automática y gratuita, cualquier prueba nueva o adicional considerada, basada o generada por, o a discreción del Fondo, los Fideicomisarios o el Comité de Apelaciones, o cualquier otra persona que revise la apelación. Dicha información se facilitará al demandante lo antes posible y con tiempo suficiente para darle una oportunidad razonable de responder a dicha información nueva o adicional. Además, el reclamante tendrá la misma oportunidad antes de que se emita una Determinación Adversa de Beneficios en la apelación basada en un fundamento nuevo o adicional.

Si no se presenta una apelación a tiempo, el solicitante perderá totalmente el derecho a apelar, y la decisión del Agente Administrativo será definitiva y obligatoria.

La Junta de Fideicomisarios se reunirá por lo menos trimestralmente para examinar las apelaciones pendientes. Las apelaciones relacionadas con reclamaciones de beneficios urgentes o reclamaciones de beneficios anteriores al servicio se examinarán y decidirán más rápidamente, como se indica más arriba. En el caso de apelaciones relativas a reclamaciones de beneficios urgentes, se puede presentar una reclamación de beneficios oral o por escrito de una determinación adversa de beneficios, y toda la información, incluida la determinación de beneficios del Fondo que se examine, debe transmitirse entre el Fondo y el solicitante por teléfono, fax u otro método rápido disponible. En el examen de las apelaciones que efectúe la Junta de Fideicomisarios se tendrán en cuenta los comentarios, documentos, antecedentes y otra información que presente el solicitante, aunque tal información haya sido presentada o considerada en la determinación adversa de beneficios inicial. Ni los solicitantes ni sus representantes autorizados tendrán derecho a presentarse personalmente ante la Junta de Fideicomisarios.

Además, el examen de la reclamación de beneficios por la Junta de Fideicomisarios:

- A. no considerará la determinación adversa de beneficios inicial de la Oficina del Fondo;
- B. no será realizado por el individuo que sea el autor de la determinación adversa de beneficios inicial, ni por un subordinado de dicho individuo;
- C. incluirá, cuando decida sobre una reclamación de beneficios basada total o parcialmente en un dictamen médico (incluidas las determinaciones sobre si un tratamiento determinado, una droga u otro elemento es experimental, para fines de investigación o no es Médicamente Necesario o apropiado), consultas con un profesional médico que posea la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina en el que se haya basado la determinación adversa de beneficios inicial. Dicho profesional no será la persona que haya sido

consultada en relación con la determinación adversa de beneficios inicial, ni un subordinado de la misma; e

- D. identificará los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Fondo en relación con la determinación adversa de beneficios sin considerar si la determinación tomada se basó en tal asesoramiento.

Notificación de apelación de la determinación

Las decisiones sobre apelaciones se darán por escrito. Si la apelación es relativa a una Reclamación de Beneficios Posterior al Servicio o una Reclamación de Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad, la decisión debe enviarse dentro de los cinco días subsiguientes a la reunión de la Junta de Fideicomisarios en la que se haya tomado la decisión. Si la apelación es relativa a una Reclamación de Beneficios de Atención Urgente o a una Reclamación de Beneficios Anterior al Servicio, debe notificarse al solicitante dentro de los plazos indicados más arriba. Si la apelación es denegada, total o parcialmente, en la notificación por escrito de la decisión debe figurar la información siguiente, la cual debe expresarse de manera inteligible para el solicitante:

- A. El motivo o motivos concretos para la determinación adversa;
- B. Referencia a las disposiciones específicas del Fondo en las que se basa la determinación;
- C. Una declaración en el sentido de que el solicitante tiene derecho a recibir, a su solicitud y gratuitamente, un acceso razonable a los documentos, antecedentes y demás información relacionada con su reclamación de beneficios, y copias de los mismos;
- D. Una declaración sobre el derecho del solicitante a entablar una acción conforme a ERISA;
- E. Una copia de la norma interna, directriz, protocolo o criterio similar si se ha basado en uno de ellos para tomar la decisión de apelación, o alternativamente, una declaración de que dicha norma, directriz, protocolo o criterio similar no existe;
- F. Si la determinación adversa se basa en una determinación de necesidad médica o un tratamiento experimental, o una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación aplicando los términos del Fondo a las circunstancias médicas de los solicitantes, o una declaración de que tal explicación será provista gratuitamente a solicitud
- G. Si procede, en el caso de la denegación de una apelación relativa a los Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad, una discusión de la decisión que incluya una explicación de las bases del Plan para estar o no estar de acuerdo, siguiendo: (i) las opiniones presentadas por los profesionales de la salud y/o profesionales vocacionales del reclamante que

lo evaluaron; (ii) las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento el Plan obtuvo en relación con la determinación de los beneficios, independientemente de si el asesoramiento se basó en la determinación de los beneficios; o (iii) una determinación de discapacidad realizada por la Administración del Seguro Social.

Las notificaciones que impliquen una Determinación Adversa Inicial de Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad o una apelación de Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad incluirán una declaración del derecho del reclamante a obtener los avisos pertinentes de una manera cultural y lingüísticamente apropiada.

Revisión Externa Independiente

El Fondo ha adoptado un procedimiento en virtud del cual usted puede apelar las decisiones de la Junta de Fideicomisarios en relación con la facturación de saldos y las protecciones de gastos compartidos que usted tiene en virtud de la Ley Sin Sorpresas, en vigor para los servicios recibidos a partir del 1 de octubre de 2021.

Algunos ejemplos de reclamaciones de beneficios que pueden ser objeto de una revisión externa son:

- A. si el tratamiento es para Servicios de Emergencia;
- B. si una reclamación de beneficios por artículos y servicios suministrados por un Proveedor no participante en un centro dentro de la red está sujeta a las protecciones de la Ley Sin Sorpresas;
- C. si usted estaba en condiciones de recibir un aviso sobre la disponibilidad de las protecciones contra la facturación de saldos y dio su consentimiento informado para renunciar a estas protecciones;
- D. si una reclamación de beneficios de artículos y servicios está codificada correctamente, en consonancia con el tratamiento que recibió, lo que le da derecho a las protecciones contra la facturación de saldos; y
- E. si se calculó correctamente la participación en los costos compartidos de las reclamaciones de beneficios por servicios auxiliares prestados por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red.

En el caso de los tipos de reclamaciones de beneficios anteriores, la decisión de la Junta de Fideicomisarios es definitiva y vinculante, a menos que usted presente oportunamente una solicitud de revisión por parte de una entidad independiente de resolución de conflictos ("entidad IDR") ante la Oficina del Fondo en un plazo de cuatro meses a partir de la recepción por parte del Fondo de una notificación de denegación de una apelación relativa a la facturación sin sorpresas.

En este caso, la decisión tomada por una entidad IDR será vinculante para usted y para el Plan.

Plazo para presentar una solicitud de revisión externa

Puede presentar una solicitud de revisión externa por escrito a la Oficina del Fondo en un plazo de cuatro meses a partir de la recepción por parte del Fondo de una notificación de denegación de una apelación sobre una reclamación de beneficios que implique la consideración de si el Plan está cumpliendo con la facturación de saldos sin sorpresas y las protecciones de costos compartidos relacionadas en virtud de la ley federal. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de recepción de dicha notificación, la solicitud debe presentarse a más tardar el primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la notificación.

Revisión Preliminar

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, la Oficina del Fondo completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

- A. Usted estaba cubierto por el Plan en el momento en que se le proporcionó el artículo o servicio médico;
- B. La determinación adversa de beneficios se refiere a un problema de facturación de saldos;
- C. Usted ha agotado el proceso de apelación interna del Plan; y
- D. Usted ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para tramitar una revisión externa.

En el plazo de un día hábil tras la finalización de la revisión preliminar, la Oficina del Fondo le enviará una notificación por escrito. Si su pedido está completo, pero no es elegible para la revisión externa, el aviso incluirá los motivos por los que no es elegible y la información de contacto de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.

Si el pedido no está completo, el aviso describirá lo que se necesita para completar el pedido, y se le permitirá arreglar su pedido dentro del período de presentación de cuatro meses o dentro del período de 48 horas siguiente a la recepción del aviso, lo que sea más tarde.

Referencia a una Entidad Independiente de Resolución de Conflictos

Si la Oficina del Fondo determina que su pedido de revisión externa está completo, asignará a una Entidad Independiente de Resolución de Conflictos ("entidad IDR") que esté acreditada por una organización de acreditación apropiada reconocida a nivel nacional para llevar a cabo la revisión externa. La Oficina del Fondo remitirá la reclamación de beneficios a una de las entidades IDR con las que el Plan ha contratado.

La entidad IDR asignada le notificará oportunamente por escrito la admisibilidad y aceptación del pedido para la revisión externa. Este aviso incluirá una declaración de que usted puede presentar por escrito a la entidad IDR asignada

dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción del aviso información adicional que la entidad IDR tendrá en cuenta durante la revisión externa.

La entidad IDR revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Además de los documentos y la información proporcionada, la entidad IDR asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles, y la entidad IDR los considere apropiados, considerará toda la información que debe ser considerada bajo la Ley de No Sorpresas y las regulaciones emitidas bajo la misma.

Decisión de la Entidad Independiente de Resolución de Conflictos

La entidad IDR le comunicará por escrito la decisión de la revisión externa en un plazo de 45 días desde que la IDR reciba el pedido de revisión externa. La decisión de la entidad IDR es definitiva y no es objeto de apelación.

Discreción y autoridad de los Fideicomisarios para tomar decisiones definitivas y obligatorias

La decisión de la Junta de Fideicomisarios en cuanto al examen o apelación será definitiva y obligatoria para todas las partes, incluida cualquier persona que reclame un beneficio en nombre de usted, y no podrá haber otra apelación. En el caso de circunstancias especiales, la Junta de Fideicomisarios podrá determinar que corresponde volver a considerar una reclamación de beneficios o apelación basándose en información con la que no se contaba inicialmente. La Junta tiene plena discreción y autoridad para determinar si se justifica una nueva consideración. También tiene plena discreción y autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con los beneficios provistos conforme a este Resumen de la Descripción del Plan, incluidas las cuestiones de cobertura, elegibilidad e interpretación de los términos de los documentos, normas y reglas del Fondo. La Junta tendrá plena autoridad y discreción para determinar si un beneficio está cubierto o sujeto a reembolso conforme al plan. Si la Junta deniega su apelación relativa a una reclamación de beneficios, y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de la Junta estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar solamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

Normas, determinaciones o acciones del Fondo

Si usted no está de acuerdo con una norma, determinación o acción del Fondo, puede pedir a la Junta de Fideicomisarios que examine tal norma, determinación o acción, presentando una apelación por escrito a los Fideicomisarios. Deberá indicar el motivo de su apelación, y presentar cualquier documentación corroborante. Su apelación por escrito debe presentarse dentro de los 60 días de que se haya enterado de una norma, determinación o acción del Fondo con la que no esté de acuerdo, y que no sea una denegación de beneficios. La Junta de Fideicomisarios tendrá la autoridad y discreción exclusivas para interpretar y aplicar la norma, determinación o acción del Fondo.

La Junta de Fideicomisarios examinará su apelación en su reunión trimestral inmediatamente subsiguiente al recibo de tal apelación, a menos que ésta sea recibida por la Oficina del Fondo dentro de los 30 días de la fecha de la reunión. En tal caso, su apelación será examinada en la segunda reunión trimestral subsiguiente al recibo de la apelación. Si así lo desea, usted puede comunicarse con la Oficina del Fondo acerca de la fecha de la próxima reunión, para poder presentar su apelación a tiempo de modo que se la considere en esa reunión. Si a causa de circunstancias especiales es necesario prorrogar el plazo para el examen por los Fideicomisarios o el Comité, se le notificará por escrito.

Denegación de reclamación de beneficios de indemnización por accidentes en el trabajo

Para que una reclamación de beneficios de indemnización por accidentes en el trabajo que hubiera sido denegada sea elegible para su pago por el Fondo, deben seguirse los procedimientos indicados a continuación:

- A. El participante debe notificar al Fondo dentro de treinta (30) días de sufrida una lesión por la cual se haya presentado una reclamación de beneficios de indemnización por accidentes en el trabajo.
- B. El participante debe agotar todos los recursos administrativos de indemnización por accidentes en el trabajo antes de que el Fondo considere la reclamación de beneficios.
- C. La reclamación de beneficios debe presentarse a la Oficina del Fondo dentro del año subsiguiente a la denegación final de indemnización por accidentes en el trabajo.
- D. Una vez que la Oficina del Fondo reciba una reclamación de beneficios después de la denegación final mencionada arriba, serán aplicables los procedimientos del Fondo para reclamaciones de beneficios y apelaciones.

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE ERISA

La siguiente declaración de derechos bajo ERISA es requerida por las leyes y reglamentaciones federales:

Como participante del Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund, tiene ciertos derechos y protecciones de acuerdo con la Ley de garantía de ingresos por jubilación del empleado, aprobada 1974, según enmendada (ERISA). Según ERISA, los participantes del plan tendrán los siguientes derechos:

Recibir información sobre su plan y beneficios

Examinar, gratuitamente, en la Oficina del Fondo y en otros lugares especificados, tales como los lugares de trabajo y locales de sindicatos, los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguros y acuerdos de negociación colectiva, y copias de los documentos depositados por el Plan en el Departamento de Trabajo de los EE.UU.

Obtener, pidiéndolas por escrito a la Oficina del Fondo, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluso convenios colectivos, y copias del más reciente informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento del Trabajo de EE.UU. y de la versión actualizada del Resumen de la Descripción del Plan. La Oficina del Fondo podrá cobrar un importe razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. La Oficina del Fondo está obligada por ley a suministrar a cada participante un ejemplar de dicho informe anual resumido.

Continuar la cobertura del Plan médico grupal

Continuar la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o dependientes en el caso de que pierda la cobertura bajo el Plan a causa de un evento determinante. Usted y sus dependientes podrán tener que pagar por esa cobertura. Puede revisar este Resumen de la Descripción del Plan y de los documentos que lo rigen, en lo que respecta a las reglas que estipulan sus derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA.

También tiene derecho a la reducción o eliminación de períodos de exclusión de la cobertura en el caso de condiciones preexistentes bajo su plan colectivo médico, si usted tiene una cobertura acreditable de otro plan. Usted deberá recibir un certificado de cobertura acredititable, sin cargo alguno, de su plan colectivo médico o de su asegurador médico cuando pierda la cobertura bajo el Plan, cuando tenga derecho a la continuación de la cobertura bajo COBRA, cuando esta continuación de la cobertura bajo COBRA cese, si usted lo solicita antes de perder la cobertura, o si lo solicita dentro de los 24 meses subsiguientes a tal pérdida. Si no tiene pruebas de cobertura acredititable, podrá estar sujeto la exclusión por afección preexistente durante 12 meses (18 meses para los inscritos tardíamente) después de su fecha de inscripción en su cobertura.

Acciones prudentes por los Fideicomisarios 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 operan su plan, denominados "fiduciarios" del plan, tienen el deber de manejarlo prudentemente en el interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del mismo. Nadie, ni su empleador, ni su sindicato, ni ninguna otra persona puede despedirlo ni discriminar contra usted de ninguna otra manera para impedirle obtener un beneficio o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamación de beneficios es denegada o dejada de lado, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber los motivos para ello, a obtener gratuitamente copias de documentos relativos a la decisión, y a apelar por cualquier denegación, todo esto dentro de ciertos límites de tiempo.

Bajo ERISA, usted puede tomar medidas para hacer valer los derechos mencionados más arriba. Por ejemplo, si usted solicita una copia de documentos del Plan o el último Informe anual del Plan, y no los recibe dentro de 30 días, puede entablar juicio en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podrá requerir de la Oficina del Fondo que proporcione los documentos y que le pague a usted hasta \$110.00 por día hasta que los reciba, a menos que no hubieran sido enviados por motivos ajenos al control de dicha Oficina. Si usted tiene una reclamación de beneficios que ha sido denegada o ignorada, total o parcialmente, podrá entablar juicio en un tribunal estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del Fondo, o con la falta de tal decisión, respecto de la situación condicional de una orden de proporcionar seguro médico a sus hijos, puede entablar un juicio en un tribunal federal. Si los fiduciarios del Plan utilizaran indebidamente los fondos del Plan, o si se discrimina contra usted por afirmar sus derechos, puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de los EE.UU., o puede entablar juicio en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar las costas judiciales y los honorarios de abogado. Si usted gana el caso, el tribunal podrá ordenar a la persona contra la cual usted entabló juicio que pague dichas costas y honorarios. Si usted pierde, el tribunal podrá ordenarle que pague dichas costas y honorarios si, por ejemplo, determina que su demanda es frívola.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de su plan, comuníquese con la Oficina del Fondo. Si tiene preguntas sobre las presentes afirmaciones o sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos de la Oficina del Fondo, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo de los EE.UU. (Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor), que figura en la guía telefónica, o con la División de Asistencia e Indagaciones Técnicas de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE.UU. (Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor), 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades bajo ERISA si llama al número de teléfono directo para solicitar publicaciones de dicha Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El Fondo cumplirá con las normas de confidencialidad de la información médica individualmente identificable promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, conforme a la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“Reglas de confidencialidad”), en su forma enmendada (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 [“Privacy Rules”]). Conforme a dichas normas, el Fondo protegerá la confidencialidad de la información médica individualmente identificable, y bloqueará o limitará la revelación de esa información a los Fideicomisarios,

empleadores, sindicatos, miembros de su familia, proveedores de servicios, y otros terceros. La información médica protegida se revelará solamente (1) en la medida autorizada por el paciente; (2) como sea necesario para la administración del Plan incluido el examen y pago de reclamaciones de beneficios y la determinación de apelaciones; o (3) según lo autorice o lo requiera la ley. En la medida en que se use o revele la información médica protegida (protected health information: PHI), el Fondo usará o revelará solo la PHI necesaria para lograr el objetivo de tal uso o revelación.

El Fondo ha adoptado Normas de confidencialidad, las cuales figuran por escrito, en las que se indican las reglas y procedimientos que ha establecido para proteger su información médica personal, tal como lo requieren las leyes aplicables. Esta política de privacidad se estipula en el siguiente aviso y se incorpora por la presente como parte del plan.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**(En vigor desde el 14 de abril de 2003,
revisada con vigencia del 23 de septiembre de 2013;
actualizada el 23 de febrero de 2017, 16 de agosto de 2022)**

EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALA CUIDADOSAMENTE.

La presente Notificación es requerida por las Normas de confidencialidad de la información médica individualmente identificable (“Reglas de confidencialidad”) promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, de 1996, en su forma enmendada. En esta Notificación se describe cómo el Fondo puede usar y revelar su información médica protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés). Dicha PHI es información creada, recibida, transmitida o guardada por el Fondo en relación con su salud física o mental pasada, presente o futura, su atención médica, o pagos por la atención médica, y lo identifica o proporciona datos que permiten identificarlo. En general, el Fondo no puede usar ni revelar su PHI, a menos que usted lo consienta o lo autorice, o si las Reglas de confidencialidad específicamente permiten su uso o revelación.

Uso o revelación de la PHI

El Fondo podrá usar o revelar su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su autorización por escrito:

- A. “Pago” generalmente significa las actividades de un Fondo para cobrar primas, cumplir sus obligaciones de cobertura, suministrar beneficios de acuerdo con el plan y obtener o proporcionar reembolsos por el suministro de atención médica. El pago puede incluir, aunque sin limitarse a ello, lo siguiente: determinación de cobertura y beneficios conforme al plan, pago de

atención médica o reembolso por la misma, adjudicación de la subrogación de reclamaciones de beneficios de atención médica o coordinación de beneficios, facturación y cobranza, la presentación de reclamaciones de seguros de pérdida limitada, determinación de necesidad médica y realización de exámenes de utilización. Por ejemplo, el Fondo revelará la PHI mínima necesaria a los proveedores de servicios médicos para los efectos del pago.

- B. “Operaciones de atención de la salud” son aquellas actividades del Fondo -- administrativas, financieras, jurídicas y de mejoramiento de la calidad -- necesarias para llevar a cabo sus actividades comerciales y para desempeñar las funciones primordiales de tratamiento y pago. Por ejemplo, el Fondo puede revelar la PHI mínima necesaria a su abogado, auditor, actuario y consultor o consultores cuando esos profesionales prestan servicios al Fondo para los que tienen que usar la PHI. Las personas que prestan servicios al Fondo se denominan “asociados comerciales”. Las leyes federales requieren que el Fondo tenga contratos por escrito con sus asociados comerciales antes de comunicarles la PHI, y tal revelación debe estar de acuerdo con el contrato que el Fondo tenga con ellos. Otros ejemplos de asociados comerciales son la compañía aseguradora de pérdida limitada del Fondo, los servicios para fijar nuevos precios a reclamaciones de beneficios, compañías examinadoras de la utilización, gerentes de beneficios de medicamentos, PPO (organizaciones de proveedores preferidos) y HMO (organizaciones de mantenimiento de la salud).
- C. “Tratamiento” es el suministro, coordinación o gestión de la atención médica y servicios conexos provistos por uno o más proveedores de atención de la salud, incluso la coordinación o gestión de tal atención por un proveedor de atención médica con un tercero; las consultas entre proveedores de atención médica respecto de un paciente; o la referencia de un paciente por un proveedor de atención médica a otro proveedor de la misma. El Fondo generalmente no interviene en actividades relativas a tratamientos.

Excepto en casos en los que la ley, según se describe a continuación, exige la divulgación, el Fondo no podrá divulgar su PHI a ningún plan médico para fines de pago, operaciones de atención médica o tratamiento si usted ha solicitado que se restrinja dicha divulgación y si la PHI se relaciona únicamente con un aspecto o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica ha recibido pago como gasto no reembolsable.

Al Fondo se le permite o se le requiere que use o revele su PHI sin su autorización por escrito para los fines y en las circunstancias siguientes, tal como lo limita la ley:

- A. El Fondo usará o revelará su PHI en la medida en que lo requiera la ley.
- B. El Fondo puede revelar su PHI a una autoridad de salud pública para ciertas actividades en la materia, tales como: (1) informar sobre una enfermedad o lesión, o nacimientos y muertes; (2) realizar tareas de vigilancia de salud pública, investigaciones o intervenciones; (3) informar sobre el abuso o

descuido conocido o sospechado de niños; (4) garantizar la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulados por la FDA; (5) notificar a una persona de que está en peligro de contraer o propagar una enfermedad; (6) notificar a un empleador acerca de uno de sus trabajadores, para los efectos de la vigilancia médica del lugar de trabajo o la evaluación de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, pero solo en la medida en que el empleador necesite esa información para cumplir con las reglas de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration: OSHA), la Administración de Seguridad y Salud Minera (Mine Safety and Health Administration: MSHA), o con requisitos de las leyes estatales que tengan un objetivo similar; y (7) proveer información relacionada con prueba de vacunación a una escuela que requiere tener dicha información cuando el Fondo documenta que la persona o, si se trata de un menor, el padre, la madre o el tutor de la persona han dado su consentimiento a la divulgación (a menos que las leyes estatales requieran la divulgación de los expedientes de vacunación independientemente del consentimiento).

- C. El Fondo puede revelar su PHI a la autoridad gubernamental correspondiente, si es el Fondo tiene motivos para creer que usted es víctima de abuso, descuido o violencia doméstica.
- D. El Fondo puede revelar su PHI a un organismo de supervisión sanitaria para tales actividades autorizadas por la ley, incluso las siguientes: (1) auditorías; (2) investigaciones civiles, administrativas o penales; (3) inspecciones; (4) licenciamiento o acciones disciplinarias; (5) procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales; y (6) otras actividades.
- E. El Fondo puede revelar su PHI durante un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un juzgado o un tribunal administrativo, a una citación, a una solicitud de descubrimiento, o a otro proceso legal.
- F. El Fondo puede revelar su PHI a funcionarios policiales, para los efectos del cumplimiento de las leyes. Esto incluye las revelaciones requeridas por la ley, o en cumplimiento de una orden judicial o citación, la citación de un gran jurado, o una solicitud administrativa.
- G. El Fondo puede revelar su PHI en respuesta al pedido de un funcionario policial, para los efectos de identificar o localizar un sospechoso, un fugitivo, un testigo importante o una persona desaparecida.
- H. El Fondo puede revelar su PHI si usted es la víctima de un delito, y conviene en tal revelación o si el Fondo no puede obtener su consentimiento por incapacidad o por una emergencia, y la justicia demuestra la necesidad de tal revelación y/o el Fondo determina que, a su criterio profesional, tal revelación redunde en el interés de usted.

- I. El Fondo puede revelar su PHI a funcionarios policiales para informarles de su fallecimiento, si el Fondo considera que su muerte puede haber sido causada criminalmente.
- J. El Fondo puede revelar el PHI a funcionarios policiales si considera que es prueba de que se cometió un delito en el local del Fondo.
- K. El Fondo puede revelar su PHI a un médico forense investigador (coroner) para los efectos de una identificación. El Fondo puede revelar su PHI a un director de pompas fúnebres para que este cumpla sus funciones al fallecer usted o antes y en previsión razonable de su fallecimiento.
- L. El Fondo puede revelar su PHI a organizaciones de obtención de órganos para los efectos de la donación de órganos, ojos o tejidos provenientes de cadáveres.
- M. El Fondo puede usar o revelar su PHI para fines de investigaciones, si el Fondo obtiene uno de los elementos siguientes: (1) aprobación documentada de una junta de examen institucional o de confidencialidad; (2) declaraciones del investigador en el sentido de que el uso o revelación es solamente para fines de la investigación preparatoria; (3) declaraciones del investigador en el sentido de que el uso o revelación es solamente para la investigación de la PHI de personas fallecidas; o (4) un acuerdo para excluir datos específicos que identifiquen al individuo.
- N. El Fondo puede usar o revelar su PHI para evitar un serio peligro para la salud o seguridad de usted o de otros.
- O. El Fondo puede revelar su PHI si usted está en las Fuerzas Armadas y autoridades del mando militar la necesitan. El Fondo también puede usar su PHI para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia.
- P. El Fondo puede revelar su PHI a una institución penal en la que usted se encuentre detenido.
- Q. El Fondo puede revelar su PHI en emergencias o después de que usted haya dado su consentimiento oral en ciertas circunstancias.
- R. El Fondo puede revelar su PHI como lo autoricen las leyes relativas a las indemnizaciones por accidentes en el trabajo u otros programas similares y en la medida necesaria para cumplir con dichas leyes.

El Fondo puede usar o revelar su PHI a usted, a su representante personal y a la Junta de Fideicomisarios del Fondo, pero solo para los efectos y en la medida que se especifica en el Plan:

- A. El Fondo le permitirá a usted el acceso a su PHI. (El Fondo primero requerirá que usted complete y firme un “Formulario de solicitud de información médica protegida (PHI)”, y le permitirá el acceso a la PHI de acuerdo con dicho formulario, o en la forma que lo requiera la ley. Un ejemplar del formulario puede obtenerse solicitándolo a la Oficina del Fondo.)

- B. El Fondo puede permitirle a su representante personal o a su abogado el acceso a su PHI de la misma manera que a usted, pero solo cuando se reciba documentación comprobante de que dicho representante personal o abogado está facultado conforme a las leyes aplicables para actuar en su nombre.
- C. El Fondo revelará su PHI a la Junta de Fideicomisarios del Fondo únicamente de acuerdo con las disposiciones de las Normas de confidencialidad del Fondo y del Plan.

Uso de PHI de conformidad con un formulario de autorización impreso y firmado:

- A. A menos que de otro modo lo permita la ley o según se describa en este Aviso, el Fondo no usará ni divulgará su información PHI a ninguna otra persona que no sea usted (como a su cónyuge) a menos que usted complete y firme un “Formulario de autorización”. Usted podrá revocar un Formulario de autorización en cualquier momento, mediante la presentación al Fondo de una “Cancelación del formulario de autorización”. El Formulario de Cancelación de la Autorización revoca el Formulario de Autorización en la fecha en que lo registre el Fondo. Puede obtener copias de cada uno de estos formularios de la Oficina del Fondo.)
- B. El Fondo podrá usar o divulgar apuntes de psicoterapia únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización, a menos que la ley permita el uso o la divulgación.
- C. El Fondo puede usar o divulgar PHI para fines de mercadeo únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización. El uso o divulgación se consideran mercadeo si se usan en una comunicación que promueve el uso de un producto o servicio. No obstante, los siguientes usos y divulgaciones no se consideran mercadeo: recordatorios para resurtir recetas u otros recordatorios de uso relacionados con un tratamiento en curso, siempre y cuando el Fondo no reciba remuneración de un tercero que ascienda a más del costo de envío del recordatorio; comunicaciones relacionadas con tratamientos, terapias, proveedores, productos médicos o servicios alternativos disponibles para usted o para coordinar su atención a menos que el Fondo reciba remuneración de un tercero por proveer dicha comunicación.
- D. El Fondo puede vender PHI únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización. La venta de PHI es el uso o la divulgación de PHI a cambio de remuneración directa o indirecta de la entidad que recibió la PHI del Fondo. No obstante, las siguientes transacciones no se consideran venta de PHI, aunque el Fondo reciba remuneración por ellas: uso o divulgación para fines de investigación, salud pública, tratamiento, pago u otros fines exigidos por la ley, uso o divulgación hechos por o a un socio comercial para fines de los deberes que desempeña como parte de su acuerdo con el Fondo de desempeñar ciertos deberes, uso o divulgación a usted cuando usted lo solicita, uso o divulgación hechos como parte de la venta, la transferencia, la fusión u otro tipo de consolidación del fondo, y para cualquier otro propósito

permitido por ley, siempre y cuando la remuneración recibida sea únicamente un honorario razonable y basado en los costos destinados a cubrir los gastos de preparar y transmitir la PHI, o un honorario permitido expresamente por otra ley.

Derechos individuales

Usted tiene ciertos derechos importantes con respecto a su PHI. Comuníquese con el Encargado de la confidencialidad del Fondo, identificado más abajo, para ejercer tales derechos.

- A. Usted tiene derecho a pedir que el Fondo restrinja el uso o revelación de su PHI para realizar pagos u operaciones de atención médica. El Fondo no está obligado a estar de acuerdo con una restricción solicitada a menos que se relacione solamente con la PHI relacionada únicamente con un aspecto o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica ha recibido pago como gasto no reembolsable.
- B. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales del Fondo acerca de su PHI por otros medios o en otros lugares, siempre que envíe una solicitud por escrito al Fondo en la que indique claramente que la revelación total o parcial de dicha información podría ponerlo a usted en peligro.
- C. Usted tiene derecho de acceso para inspeccionar o copiar su PHI que sea mantenida por el Fondo en un “conjunto de antecedentes designado”. Dicho conjunto consiste en antecedentes u otros datos que contengan su PHI mantenido, recopilado, usado o diseminado por el Fondo o para este en relación con: (1) inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones de beneficios, y sistemas de antecedentes de casos o gestión médica mantenidos por el Fondo o para este, o (2) decisiones que el Fondo toma acerca de usted.
- D. Usted tiene derecho a recibir, si la solicita, una copia electrónica de PHI que el Fondo mantenga en formato electrónico. El Fondo le proveerá la copia electrónica en el formato que usted solicite, si se puede producir fácilmente en ese formato, o, de no ser posible producir el formato que usted solicita, como archivo PDF o en otro formato acordado entre usted y el Fondo.
- E. Usted tiene derecho a enmendar su PHI que haya sido creada por el Fondo y que este mantiene en un conjunto de antecedentes designado, si usted presenta una solicitud por escrito al Fondo presentando motivos para tal enmienda.
- F. Usted tiene derecho a recibir una relación de las revelaciones de su PHI, con ciertas excepciones, si presenta una solicitud por escrito al Fondo. El Fondo no tiene que dar cuentas por revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha en que usted presente dicha solicitud, ni revelaciones hechas para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- G. Usted tiene el derecho de recibir notificación en caso de un quebrantamiento de PHI no protegida, según se describe a continuación bajo "Obligaciones del Fondo".

- H. Si lo solicita, usted tiene derecho a recibir un ejemplar impreso de esta Notificación.

Obligaciones del Fondo

El Fondo tiene las siguientes obligaciones:

- A. El Fondo está obligado por ley a mantener la confidencialidad de la PHI y a notificar a las personas de sus obligaciones legales y prácticas en materia de confidencialidad con respecto a la PHI. Para obtener un ejemplar de las Normas de confidencialidad del Fondo, debe comunicarse con el Encargado de la confidencialidad del Fondo, identificado más abajo.
- B. Si se adquiere, usa o divulga PHI no protegida de una manera que la Reglas de Privacidad no lo permiten de modo que se ponga en peligro la seguridad o privacidad de esa PHI (lo que se conoce como un "quebrantamiento"), se requiere que el Fondo curse un Aviso correspondiente según lo define la ley, sin demora innecesaria, y en todo caso a más tardar 60 días después de que el Fondo descubra el quebrantamiento o que el Fondo reciba información sobre el quebrantamiento.
- C. El Fondo está obligado a cumplir con los términos de la Notificación actualmente en vigor.
- D. A su solicitud, el Fondo le proporcionará un ejemplar impreso de esta Notificación.
- E. Se prohíbe que, para fines de suscripción de un seguro, el Fondo use PHI que contenga información genética.

Enmiendas a la Notificación

- A. El Fondo se reserva el derecho de enmendar los términos de esta Notificación y de poner en vigor las nuevas disposiciones que en ella figuren para todas las PHI que mantiene, hayan sido o no creadas o recibidas por el Fondo antes de expedir la Notificación revisada.
- B. Cuando quiera que haya un cambio importante a los usos y revelaciones de PHI por el Fondo, a los derechos individuales, a las obligaciones del Fondo, o a otras prácticas de confidencialidad indicadas en la presente Notificación, el Fondo revisará y distribuirá prontamente la nueva Notificación entre los participantes y beneficiarios.

Contactos y quejas

Si usted considera que sus derechos a la confidencialidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito al Encargado de Confidencialidad de la Junta de Fideicomisarios del Fondo, a la dirección siguiente:

BOARD OF TRUSTEES
METROPOLITAN DC PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND
7130 COLUMBIA GATEWAY DRIVE, SUITE A
COLUMBIA, MD 21046

También puede presentar una reclamación ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Secretary of Health and Human Services) en Washington, DC. El Fondo no intimida, amenaza, fuerza, discrimina ni toma ninguna otra represalia contra ninguna persona por presentar una queja.

Para obtener más información sobre la confidencialidad

Si desea más información sobre las normas y procedimientos del Fondo respecto de la confidencialidad de la PHI, comuníquese por escrito con el Encargado de Confidencialidad del Fondo en la dirección indicada más arriba o llame al administrador independiente del Fondo, BeneSys, Inc. al 410-872-9541.

Para obtener más información, comuníquese con:

**Metropolitan D.C. Paving Industry Employees
Health and Welfare Fund
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
410-872-9541**

Este folleto ha sido preparado para su uso como referencia conveniente.

NO CONSTITUYE UN CONTRATO.