

**GUARDE ESTO CON LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN**

**METROPOLITAN D.C. PAVING INDUSTRY  
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND**

7130 Columbia Gateway Drive, Suite A  
Columbia, Maryland 21046  
410-872-9541

Agosto 2024

**RESUMEN DE MODIFICACIONES IMPORTANTES #3**

Estimado(a) participante:

La Mesa Directiva del Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund ("Fondo") ha emitido este Resumen de Modificaciones Importantes de conformidad con la ley aplicable para mantenerle informado de los cambios importantes realizados al Plan de prestaciones y a la Descripción resumida del Plan ("SPD", por sus siglas en inglés). Revise detenidamente esta información y guárdela junto con su SPD para poder consultarla en el futuro. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina del Fondo al 410-872-9541.

Vigente el 1 de octubre de 2024, la Mesa Directiva enmendó la SPD con fecha 1 de octubre de 2022 para aumentar las cantidades de las prestaciones para las prestaciones semanales por accidente y enfermedad, para las prestaciones dentales y para las prestaciones de la vista. La Mesa Directiva también modificó la SPD para añadir la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio y de cuidados paliativos, cuya cobertura estaba excluida anteriormente. Por último, la Mesa Directiva también redujo los copagos de ciertos medicamentos con receta.

En concreto, el SPD se modificó para introducir los siguientes cambios:

1. En las páginas 3-4 del SPD, en la sección titulada "Resumen de sus prestaciones sólo para empleados elegibles":

- a. En "Prestaciones semanales por accidente y enfermedad", la cantidad de las prestaciones semanales pasa de \$250.00 a \$500.00.
  - b. En "Prestaciones dentales", el máximo por persona y año civil para adultos y prestaciones pediátricas no esenciales se modifica de \$750.00 a \$1000.00.
  - c. Ortodoncia no esencial para adultos: se añade un máximo de por vida por persona, siendo el máximo de por vida de \$1,000.00.
  - d. En "Prestaciones de atención para la vista", el máximo por persona por Año Civil pasa de \$400.00 a \$800.00.
2. Para añadir la cobertura de los servicios de Atención Médica a Domicilio y de cuidados paliativos, la Mesa Directiva modificó la sección titulada "Definiciones" que comienza en la página 5 de la SPD añadiendo las siguientes definiciones nuevas, intercaladas alfabéticamente entre las definiciones existentes:

**Asesoramiento en duelo**-asesoramiento proporcionado al empleado elegible o al cónyuge o hijo dependiente de un empleado elegible para ayudarles a afrontar la muerte del enfermo terminal.

**Cuidador**-una persona que no es proveedor y que es el cuidador principal del individuo enfermo terminal en el hogar. El cuidador puede estar emparentado por sangre, matrimonio o adopción (véase la definición de "cuidador familiar"), o ser un amigo del individuo, pero no puede ser una persona que normalmente cobre por prestar servicios, excepto que, a discreción de American Health Holding, un cuidador puede ser un empleado de un hospital o agencia de cuidados paliativos.

**Cuidador familiar**-un miembro de la familia directa que es el cuidador principal del individuo enfermo terminal. Por familia directa se entiende el cónyuge, los padres, los hermanos, los abuelos y los hijos del enfermo terminal.

**Atención médica a domicilio o Servicios de atención médica a domicilio**-significa el cuidado y tratamiento continuado en el domicilio por una agencia de atención médica a domicilio capacitada si: (1) la institucionalización del individuo en un hospital o institución relacionada sería de otro modo necesaria si los "servicios de atención médica a domicilio" no son proporcionados; y (2) el plan de tratamiento que cubre los servicios de atención médica a domicilio es establecido y aprobado por escrito por el proveedor y determinado como médicamente necesario por American Health Holding.

**Visitas de atención médica a domicilio**-se refiere a la consulta de un proveedor de servicios de atención médica a domicilio a un individuo en su domicilio.

**Período de elegibilidad para cuidados paliativos**-comienza el primer día en que se prestan los servicios de cuidados paliativos y termina ciento ochenta (180) días después o tras la muerte del enfermo terminal, si es antes. Si el individuo requiere una extensión del periodo de elegibilidad, el individuo o su representante deberá notificarlo con antelación a American Health Holding para solicitar una extensión de las prestaciones.

**Agencia de Salud Domiciliaria calificada**-un programa licenciado en la red de la Organización de Proveedores Preferidos de CareFirst BCBS que está aprobado para participar como agencia de salud domiciliaria bajo Medicare o certificado como agencia de salud domiciliaria por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, su sucesor, o la agencia reguladora estatal aplicable.

**Programa calificado de cuidados paliativos**-programa coordinado e interdisciplinario proporcionado por un hospital, una agencia calificada de atención médica a domicilio u otro centro de salud autorizado o certificado por el estado en el que opera como programa de cuidados paliativos y diseñado para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales especiales de los enfermos terminales y sus familias, mediante la prestación de servicios médicos paliativos y de apoyo, de

enfermería y otros servicios de salud a través de la atención domiciliaria o en hospitalización durante la enfermedad y el período de duelo.

**Atención de descanso**-atención temporal proporcionada al enfermo terminal para aliviar temporalmente al cuidador familiar de los cuidados diarios del individuo.

**Cuidados de enfermería especializados**-se refiere a los cuidados no custodiales que requieren la licencia de enfermera titulada (R.N.) o de enfermera práctica titulada (L.P.N.) para su desempeño. Los cuidados de custodia se refieren a los cuidados prestados principalmente para satisfacer las necesidades personales del paciente y que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico calificado.

3. En la página 32 de este SPD, la subsección titulada "Qué cubre el plan médico principal" se modifica con la adición de la cobertura de Atención Médica a Domicilio y Cuidados Paliativos, tal como se describe más específicamente en los nuevos párrafos D y E que se indican a continuación

D. Cargos efectuados por Atención Médica a Domicilio o Servicios de Atención Médica a domicilio, con las siguientes restricciones/condiciones:

1. El individuo debe estar hospitalizado en su domicilio debido a una enfermedad física o mental. "Hogar" no puede ser una institución, casa de convalecencia o cualquier instalación que se dedique principalmente a prestar servicios médicos o de rehabilitación a personas enfermas, incapacitadas o lesionadas;
2. Las consultas de atención médica a domicilio deben ser un sustituto de los cuidados hospitalarios o de los cuidados de enfermería especializada prestados en un centro;
3. La persona debe requerir y continuar requiriendo cuidados de enfermería

especializados o servicios de rehabilitación para poder optar a los servicios de asistencia sanitaria a domicilio u otros tipos de servicios de atención médica a domicilio;

4. La necesidad de los servicios de atención médica a domicilio no debe ser de naturaleza asistencial. Los cuidados de custodia se refieren a los cuidados proporcionados principalmente para satisfacer las necesidades personales del paciente y no requieren la atención continua de personal médico o paramédico calificado;
  5. Los servicios de un auxiliar sanitario a domicilio, un trabajador social médico o un dietista titulado deben realizarse bajo la supervisión de un enfermero profesional titulado (R.N. o L.P.N.);
  6. Existe un límite de treinta (30) consultas de atención médica a domicilio por año civil, salvo que American Health Holding determine que hasta treinta (30) consultas de atención médica a domicilio adicionales, incluidas en el plan de tratamiento que cubre los Servicios de atención médica a domicilio, son médicamente necesarias;
  7. Todos los servicios deben ser organizados y facturados por la agencia de atención médica a domicilio calificada.
- E. Cargos por los siguientes servicios si son prestados por un Programa calificado de cuidados paliativos, cuando: (a) el individuo tiene una expectativa de vida de seis meses o menos y por lo tanto es considerado un enfermo terminal, (b) el Proveedor del individuo presenta un plan de tratamiento por escrito de servicios de cuidados paliativos a American Health Holding, (c) American Health Holding certifica la necesidad y adecuación de

dichos servicios, y (d) el individuo cumple con los criterios del Programa de calificado cuidados paliativos:

1. Cuidados de enfermería intermitentes por o bajo la dirección de una enfermera titulada;
2. Servicios sociales médicos para el enfermo terminal;
3. Cuidados hospitalarios;
4. Asesoramiento, incluido el dietético, para el enfermo terminal;
5. Visitas de atención médica a domicilio sin custodia;
6. Servicios, consultas, equipo médico/quirúrgico o suministros, incluidos el equipo y la medicación necesarios para mantener el confort y administrar el dolor del enfermo terminal;
7. Pruebas de laboratorio y servicios de rayos X;
8. Uso de ambulancia terrestre, si American Health Holding determina que es médicamente necesario;
9. Atención de descanso, hasta catorce (14) días al año;
10. Asesoramiento para el empleado cubierto, cónyuge y/o hijo dependiente elegible antes de la muerte del enfermo terminal, cuando lo autorice American Health Holding;
11. El empleado cubierto, su cónyuge y/o su hijo dependiente elegible recibirán asesoramiento por duelo durante los seis (6) meses siguientes a la muerte del individuo o durante quince (15) consultas, lo que ocurra primero.

4. En la página 33 de la SPD, la sección titulada "Prestaciones de gastos médicos no cubiertos" se modifica como sigue:
  - a. El párrafo I (añadido por la Segunda Enmienda para aclarar que los servicios de cuidados paliativos estaban anteriormente excluidos de la cobertura) se suprime en su totalidad en consonancia con la adición por parte de la Mesa Directiva de la cobertura de los servicios de cuidados paliativos. Los párrafos subsiguientes se vuelven a redactar.
  - b. El párrafo V, que ha sido reescrito como párrafo U, se modifica como sigue para dejar claro que la exclusión del SPD de la enfermería privada o la atención médica a domicilio sigue siendo aplicable salvo que estos servicios cumplan la definición del SPD de dichos servicios que ahora están cubiertos:

U. Cargos por cuidados de enfermería especializada, enfermería privada o atención médica a domicilio salvo que se presten como parte de un tratamiento de atención médica a domicilio o de un programa de cuidados paliativos calificado;
5. En la página 34 de la SPD, la subsección titulada "Prestaciones dentales" se modifica para indicar que la ortodoncia no esencial para adultos estará cubierta hasta un máximo de por vida por persona de \$1,000.00. La ortodoncia esencial para adultos no estará sujeta a un máximo de por vida y estará cubierta hasta el máximo por persona y año civil descrito en la página 3 de la SPD.
6. En la página 35 del SPD, la subsección titulada "Prestaciones para el cuidado de la vista" se modifica para indicar que las prestaciones anuales máximas por persona para adultos de 19 años o mayores han pasado de \$400 a \$800.
7. En la página 36 de la SPD, la subsección titulada "Copagos" se modifica para indicar las siguientes cantidades de

copago modificadas para un suministro de hasta 30 días comprado en una farmacia participante:

**Genérico: \$5.00**

**De marca: \$10.00**

**Fuera de formulario: \$20.00**

8. En la página 37 de la SPD, el primer párrafo de la subsección titulada "Medicamentos excluidos y autorizaciones previas" se modifica para indicar que la cantidad de copago para los medicamentos excluidos para los que se obtenga una autorización previa será de \$20.00.

**Notificación adicional:** Le informamos que, a partir del 1 de abril de 2024, el Fondo cesará su afiliación al programa Teladoc® y dejará de ofrecer el programa Teladoc® como servicio al Fondo y a sus participantes.

Atentamente,

**LA MESA DIRECTIVA**

#### **NOTIFICACIÓN SOBRE EL ESTADO DE LOS DERECHOS ADQUIRIDOS**

*La Mesa Directiva considera que el Fondo es un "plan médico protegido" en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (la Ley de Atención Médica Asequible). Tal y como permite la Ley de Atención Médica Asequible, un plan médico protegido puede conservar ciertas coberturas médicas básicas que ya estaban en vigor cuando se promulgó la ley. Ser un plan médico protegido significa que el Fondo no puede incluir ciertas estipulaciones de protección al consumidor de la Ley de Atención Médica Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la estipulación de servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir otras protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Médica Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites vitalicios de las prestaciones.*

*Las preguntas relativas a qué protecciones se aplican y cuáles no a un plan médico protegido y qué podría hacer que un plan cambiara del estado de plan médico protegido pueden dirigirse al administrador del plan en BeneSys, Inc. llamando al 1-410-872-9541. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Prestaciones para Empleados del Ministerio de Trabajo de EE.UU. en el 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Esta página web contiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no a los planes médicos protegidos.*