

**PLEASE KEEP THIS IN YOUR FUND BOOKLET**

**WASHINGTON, DC CEMENT MASONS WELFARE FUND**

7130 Columbia Gateway Drive, Suite A

Columbia, MD 21046

**Summary of Material Modification #4  
July 2020**

To: All Participants under the Washington, DC Cement Masons Welfare Fund (“the Plan”)

From: Board of Trustees

This Notice, called a “Summary of Material Modification”, SMM, advises you of changes in the information presented in the Plan’s Summary Plan Description (“SPD”) that was previously provided to you. Please read this Notice. If you have any questions, contact the Fund Office at (410) 872-9500.

The Washington D.C. Cement Masons Welfare Fund has updated its Claims and Appeals Procedures for Weekly Accident and Sickness Benefits as follows, effective January 1, 2020.

**ITEM I. Claims and Appeals Procedures for Weekly Accident and Sickness Benefits**

You must report your absence to initiate your claim for disability benefits. When reporting your absence, the Claims Administrator will ask you to provide some basic information including:

- Personal information: Name, address, telephone number, Social Security Number, and job title;
- Job information: Employer, workplace location and address, work schedule, supervisor’s name and telephone number, and date of hire;
- Sickness/Injury Information: Last day worked, nature of illness, how, when, and where the injury occurred, and when disability commenced; and
- Physician information: Name, address, telephone number, and fax number for each treating physician.

The Claims Administrator will provide you with written or electronic notification of any adverse benefit determination within 45 days (although it may take up to two thirty-day extensions for matters outside of its control, if it provides you with prior notice of the delay). The notification will set forth:

- The specific reason or reasons for the adverse determination;
- Reference to the specific plan provisions on which the determination is based;

- A description of any additional material or information necessary for you to perfect the claim and an explanation of why such material or information is necessary;
- A description of the plan's review procedures and the time limits applicable to such procedures, including a statement of your right to bring a civil action under section 502(a) of ERISA;
- A discussion of the decision, including an explanation of the basis for disagreeing with or not following (i) the views presented by your health care and vocational professionals; (ii) the views of medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with the adverse benefit determination, without regard to whether the advice was relied upon in making the benefit determination; and (iii) a disability determination regarding you made by the Social Security Administration;
- If the adverse benefit determination is based on a medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the plan to your medical circumstances, or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request;
- Either the specific internal rules, guidelines, protocols, standards or other similar criteria of the plan relied upon in making the adverse determination or, alternatively, a statement that such rules, guidelines, protocols, standards or other similar criteria of the Plan do not exist; and
- A statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to the claimant's claim for benefits.

Alternatively, if the claim you filed was incomplete, the Claims Administrator may let you know that it needs more information to decide the claim. In that case, you will have 45 days to respond with the necessary information, and the Claims Administrator will make a decision on your claim within 30 days of receipt of this information.

If you dispute the response to your request for benefits, you must submit the disputed claim to the Claims Administrator. You or your authorized representative may appeal a denied claim within 180 days after you receive the notice of denial. You have the right to:

- Submit for review, written comments, documents, records, and other information relating to the claim;
- Request, free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records and other information relevant to your claim;
- A review that takes into account all comments, documents, records, and other information submitted by you, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial claim decision;
- A review that does not afford deference to the initial adverse decision and which is conducted neither by the individual who made the adverse decision nor the person's subordinate;

- If the appeal involves an adverse decision based on medical judgment, a review of your claim by a health care professional who has appropriate training and experience in the field of medicine involved in the medical judgment, and who was neither consulted in connection with the adverse decision nor the subordinate of any such individual;
- The identification of medical or vocational experts, if any, consulted in connection with the claim denial, without regard to whether the advice was relied upon in making the decision; and
- Receive, free of charge, any new or additional evidence considered, or evidence or rationale relied upon, in making an adverse benefit determination; with such evidence or rationale provided as soon as possible and sufficiently in advance of the time by which the Claims Administrator is required to provide you with the final decision on appeal.

The Claims Administrator will make a full and fair review of your appeal and may require additional documents, as it deems necessary in making such a review. A final decision on the review will be made within a reasonable period of time but not later than 45 days following receipt of the written request for review unless the Claims Administrator determines that special circumstances require an extension. In such case, a written notice will be sent to you before the end of the initial 45-day period. The extension notice shall indicate the special circumstances and the date by which the Claims Administrator expects to render the appeal decision. The extension cannot exceed a period of 45 days from the end of the initial period. The appeal time frames begin when an appeal is filed, without regard to whether all the information necessary to make an appeal decision accompanies the filing.

If an extension is necessary because you failed to submit necessary information, the days from the date of the extension notice until you respond to the request for additional information are not counted as part of the appeal determination period.

The Claims Administrator's notice of denial will be provided within 45 days. However, the Claims Administrator may delay the notice for up to 45 days, if there are special circumstances in your appeal and if it provides you with notice of the delay before the expiration of the initial 45-day period. The notice of denial shall include:

- The specific reason or reasons for denial with reference to those Plan provisions on which the denial is based;
- A statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of all documents, records, and other information relevant to your claim;
- A statement describing any voluntary appeal procedures offered by the Claims Administrator and your right to obtain the information about such procedures, and a statement of your right to bring an action under ERISA;
- A statement describing voluntary alternative dispute resolution options that may be available by contacting the U.S. Department of Labor;
- A discussion of the decision, including an explanation of the basis for disagreeing with or not following (i) the views presented by your health care and vocational professionals;

(ii) the views of medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with the adverse benefit determination, without regard to whether the advice was relied upon in making the benefit determination; and (iii) a disability determination regarding you made by the Social Security Administration;

- If the determination is based on medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to the particular medical circumstances, or a statement that this will be provided free of charge upon request; and
- Either the specific internal rules, guidelines, protocols, standards or other similar criteria of the plan relied upon in making the adverse determination or, alternatively, a statement that such rules, guidelines, protocols, standards or other similar criteria of the Plan do not exist.

## **ITEM II. BOARD OF TRUSTEES**

The Trustees for the Washington, DC Cement Masons Welfare Fund are:

### **UNION TRUSTEES**

Michael Hubler  
Washington D.C. Cement Masons  
Welfare Fund  
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A  
Columbia, MD 21046

Mark Wildsmith  
Cement Masons Local 592  
2843 Snyder Ave.  
Philadelphia, PA 19145

### **EMPLOYER TRUSTEES**

George Maloney  
Washington D.C. Cement Masons Welfare  
Fund  
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A  
Columbia, MD 21046

Peggy Jones  
James G. Davis Construction Corp.  
12530 Parklawn Drive  
Rockville, MD 20852

George Rusk  
Grunley Construction Co.  
15020 Shady Grove Road  
Rockville, MD 20850

Sincerely,

**BOARD OF TRUSTEES**

SMM #4 / SPD - November 2017

**CONSERVE ESTE DOCUMENTO CON SU FOLLETO DEL FONDO**

**WASHINGTON, DC CEMENT MASONS WELFARE FUND<sup>1</sup>**

7130 Columbia Gateway Drive, Suite A  
Columbia, MD 21046

**Resumen de la Modificación de Material #4  
Julio de 2020**

Para: Todos los Participantes bajo el Washington, DC Cement Masons Welfare Fund ("el Plan")

De: La Junta Directiva

Este Aviso, denominado "Summary of Material Modification<sup>2</sup>", SMM, le informa sobre los cambios en la información presentada en el Summary Plan Description<sup>3</sup> ("SPD") que se le proporcionó anteriormente. Por favor lee este Aviso. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Fondo al (410) 872-9500.

El Fondo Fiduciario de los Washington, DC Cement Masons ha actualizado sus Procedimientos de Reclamos y Apelaciones para Beneficios Semanales de Accidentes y Enfermedades de la siguiente manera, a partir del 1 de enero de 2020.

**ARTICULO I. Procedimientos de Reclamos y Apelaciones para Beneficios Semanales de Accidentes y Enfermedades**

Usted debe informar su ausencia para iniciar su reclamo de beneficios por discapacidad. Al informar su ausencia, el Administrador de Reclamos le pedirá que proporcione información básica que incluya:

- Información personal: nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y cargo;
- Información del trabajo: empleador, ubicación y dirección del lugar de trabajo, horario de trabajo, nombre y número de teléfono del supervisor y fecha de contratación;
- Información de enfermedad/lesión: último día trabajado, naturaleza de la enfermedad, cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión, y cuándo comenzó la discapacidad; e
- Información del médico: nombre, dirección, número de teléfono y número de fax de cada médico tratante.

El Administrador de Reclamos le proporcionará una notificación por escrito o electrónica de cualquier determinación adversa de beneficios dentro de 45 días (aunque puede tomar hasta dos extensiones de treinta días para asuntos fuera de su control, si se le proporciona un aviso previo de la demora). La notificación establecerá:

- La razón o razones específicas para la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
- Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que usted perfeccione el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información;

<sup>1</sup> Fondo Fiduciario de Pensiones de Albañiles de Cemento de Washington, D.C.

<sup>2</sup> Resumen de la Modificación de Material

<sup>3</sup> Descripción Resumida del Plan

- Una descripción de los procedimientos de revisión del plan y los plazos aplicables a dichos procedimientos, incluida una declaración de su derecho a iniciar una acción civil en virtud de la sección 502(a) de ERISA [Employee Retirement Income Security Act of 1974]<sup>4</sup>;
- Una discusión sobre la decisión, incluyendo una explicación de la base para estar en desacuerdo con o no seguir (i) las opiniones presentadas por sus profesionales vocacionales y de la salud; (ii) las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación adversa de beneficios, sin tener en cuenta si el asesoramiento se basó en la determinación de beneficios; y (iii) una determinación de discapacidad con respecto a usted hecha por la Administración del Seguro Social;
- Si la determinación adversa de beneficios se basa en una necesidad médica o un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que tal explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud;
- Las reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del plan en los que se basó para hacer la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que tales reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen; y
- Una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante al reclamo de beneficios del reclamante.

Alternativamente, si el reclamo que presentó fue incompleto, el Administrador de Reclamos puede informarle que necesita más información para decidir el reclamo. En ese caso, tendrá 45 días para responder con la información necesaria, y el Administrador de Reclamos tomará una decisión sobre su reclamo dentro de los 30 días posteriores a la recepción de esta información.

Si disputa la respuesta a su solicitud de beneficios, debe presentar el reclamo en disputa al Administrador de Reclamos. Usted o su representante autorizado pueden apelar un reclamo denegado dentro de los 180 días posteriores a la recepción del aviso de denegación. Tiene derecho a:

- Presentar para revisión, comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo;
- Solicitar, sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo;
- Una revisión que tenga en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por usted, independientemente de si dicha información fue presentada o considerada en la decisión de reclamo inicial;
- Una revisión que no permite la deferencia a la decisión adversa inicial y que no es realizada por el individuo que tomó la decisión adversa ni el subordinado de la persona;

---

<sup>4</sup> Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974

- Si la apelación involucra una decisión adversa basada en un juicio médico, una revisión de su reclamo por un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrada en el juicio médico, y que no haya sido consultado en relación con la decisión adversa ni el subordinado de tal individuo;
- La identificación de expertos médicos o vocacionales, si los hay, a quienes se consultó en relación con la denegación de la reclamación, sin tener en cuenta si se basó en el asesoramiento para tomar la decisión; y
- Recibir, sin cargo, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, o evidencia o justificación en la que se base, al hacer una determinación adversa de beneficios; con tal evidencia o justificación proporcionada tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación al momento en que el Administrador de Reclamos debe proporcionarle la decisión final sobre la apelación.

El Administrador de Reclamos realizará una revisión completa y justa de su apelación y puede ser que requiera documentos adicionales, según lo considere necesario para realizar dicha revisión. Se tomará una decisión final sobre la revisión dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de recibir la solicitud de revisión por escrito, a menos que el Administrador de Reclamos determine que circunstancias especiales requieren una extensión. En tal caso, se le enviará un aviso por escrito antes del final del período inicial de 45 días. El aviso de extensión indicará las circunstancias especiales y la fecha en que el Administrador de Reclamos espera emitir la decisión de la apelación. La extensión no puede exceder un período de 45 días desde el final del período inicial. Los plazos de la apelación comienzan cuando se presenta una apelación, independientemente de si toda la información necesaria para tomar una decisión de apelación acompaña a la presentación.

Si es necesaria una extensión porque no presentó la información necesaria, los días desde la fecha de la notificación de extensión hasta que responda a la solicitud de información adicional no se cuentan como parte del período de determinación de la apelación.

El aviso de denegación del Administrador de Reclamos se proporcionará dentro de 45 días. Sin embargo, el Administrador de Reclamos puede retrasar la notificación hasta 45 días, si existen circunstancias especiales en su apelación y si le proporciona una notificación de la demora antes del vencimiento del período inicial de 45 días. El aviso de negación incluirá:

- La razón o razones específicas de la denegación con referencia a las disposiciones del Plan en las que se basa la denegación;
- Una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo;
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria ofrecidos por el Administrador de Reclamos y su derecho a obtener información sobre dichos procedimientos, y una declaración de su derecho a iniciar una acción bajo ERISA;
- Una declaración que describa opciones voluntarias alternativas de resolución de disputas que pueden estar disponibles contactando al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos;
- Una discusión sobre la decisión, incluyendo una explicación de la base para estar en desacuerdo con o no seguir (i) las opiniones presentadas por sus profesionales vocacionales y de la salud;

(ii) las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación adversa de beneficios, sin tener en cuenta si el asesoramiento se basó en la determinación de beneficios; y (iii) una determinación de discapacidad con respecto a usted hecha por la Administración del Seguro Social;

- Si la determinación se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas particulares, o una declaración de que esto será proporcionado de forma gratuita bajo petición; y
- Ya sean reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del plan en los que se basó para hacer la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que tales reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen.

## **ARTÍCULO II. JUNTA DIRECTIVA**

El Fondo Fiduciarios del Washington, DC Cement Masons Welfare Fund son:

### **FIDEICOMISARIOS SINDICALES**

Michael Hubler  
Washington, DC Cement Masons Welfare Fund  
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A  
Columbia, MD 21046

Mark Wildsmith  
Cement Masons Local 592<sup>5</sup>  
2843 Snyder Ave.  
Philadelphia, PA 19145

### **FIDEICOMISARIOS DEL EMPLEADOR**

George Maloney  
Washington, DC Cement Masons Welfare Fund  
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A  
Columbia, MD 21046

Peggy Jones  
James G. Davis Construction Corp<sup>6</sup>.  
12530 Parklawn Drive  
Rockville, MD 20852

George Rusk  
Grunley Construction Co<sup>7</sup>.  
15020 Shady Grove Road  
Rockville, MD 20850

Atentamente,

**LA JUNTA DIRECTIVA**

SMM #4 / SPD - Noviembre de 2017

---

<sup>5</sup> Albañiles de Cemento Local 592

<sup>6</sup> Corporación de Construcción James G. Davis

<sup>7</sup> Corporación de Construcción Grunley