CONSTRUCTION WORKERS' TRUST FUND

NPL PLAN

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

Booklet No. NPL6

January 2025

CONSTRUCTION WORKERS' TRUST FUND

Plan Administrator: Board of Trustees, care of Fund Office, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044, 410-884-1406. Daily administrative services are provided by BeneSys, Inc., referred to as the "Administrator" in this Booklet.

Employer Identification Number: 52-6037528

Plan Number: 501

Funding: All benefits are paid out of Trust Fund assets, except Life and AD&D Insurance benefits are paid by Union Labor Life Insurance Co.

Plan Year: October 1-September 30

Agent for Service of Process: Board of Trustees, care of Fund Office, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044.

BOARD OF TRUSTEES

Ryan Boyer, Chairman
Alan Parham
Julio Palomo
Miguel Diaz
J. Nick Thrappas, Secretary
Thomas Strunge

PARTICIPATING LOCAL UNIONS

Metropolitan Area of Philadelphia/Baltimore/Washington Laborers' District Council, Local Unions 11, 572, 710 and 202R

NPL PLAN OF BENEFITS

This NPL Plan Booklet describes the benefits provided by the NPL Plan of benefits. **The NPL Plan only covers members who work for an employer that contributes at the rate for the NPL Plan of benefits.** The benefits for members who work for an employer that contributes at the rate for the Regular Plan of benefits are described in the separate Booklet for the Regular Plan.

MEMBER WEBSITE

For more information about your Construction Workers' Trust Fund benefits, including important notices to members, visit the member website at:

www.ourbenefitoffice.com/ConstructionWorkersTrustFund/Benefits.

TABLE OF CONTENTS

Page

ABOUT THIS BOOKLET 1
NETWORK PROVIDERS 1
SUMMARY OF BENEFITS 3
GENERAL EXCLUSIONS 4
FALSE OR FRAUDULENT CLAIMS 5
HOW TO CLAIM YOUR BENEFITS 5
WHEN YOU ARE COVERED 5
CONTINUED COVERAGE VIA COBRA SELF-PAYMENT 7
RECIPROCITY 9
DEPENDENT COVERAGE FOR YOUR FAMILY MEMBERS 10
LIFE AND AD&D INSURANCE 12
MEDICAL BENEFITS PAYMENT RULES 13
EXAMPLE OF HOW MEDICAL BENEFITS WORKS 14
HOSPITAL BENEFITS 14
EMERGENCY DEPARTMENT TREATMENT 15
SURGICAL BENEFITS 16
PHYSICIANS VISIT BENEFITS 16
MATERNITY BENEFITS 17
MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE DISORDER BENEFITS 18
EQUIPMENT AND APPLIANCES 18
HOSPICE AND NURSING HOME BENEFITS 19
HOME HEALTH CARE 19
OTHER FUND BENEFITS 19
OPTICAL BENEFITS 23
PRESCRIPTION DRUG BENEFITS 23
DENTAL BENEFITS 27
OTHER PLAN INFORMATION 30
COORDINATION OF BENEFITS 31
SUBROGATION AND REIMBURSEMENT 31
PROHIBITION ON ASSIGNMENT OF BENEFITS 34
CLAIMS AND APPEALS RULES 35
PROTECTED HEALTH INFORMATION 39
SPECIAL RULES FOR CERTAIN OUT OF NETWORK PROVIDERS 39
CONTINUITY OF CARE 41
YOUR LEGAL RIGHTS 42
IMPORTANT NOTICE ABOUT YOUR CONTINUATION COVERAGE RIGHTS UNDER COBRA 44

ABOUT THIS BOOKLET

This NPL Plan Booklet explains your benefits under the Construction Workers' Trust Fund (CWTF or Fund) - what benefits you have, how to claim them, and how you may lose them. This Booklet No. NPL 6 (January 2025) replaces all prior Booklets. This NPL Plan Booklet only applies if you have coverage from working for an employer that contributes at the rate for the NPL Plan. If you work for an employer that contributes at the rate for the Regular Plan, this Booklet does not apply to you and you should ask the Fund Office for a copy of the Booklet for the Regular Plan. Please read this Booklet carefully so you know how your Fund can help you in times of need.

This Booklet contains a summary of the benefits provided as of January 1, 2025. The CWTF's Health and Welfare Plan – NPL Plan sets forth the official rules for receiving benefits from the CWTF. The provisions of the NPL Plan, the Trust Agreement, any insurance policies and the rules adopted by the Trustees will control if there is a conflict between them and this Booklet. A copy of the NPL Plan document is available for inspection at the Fund Office and will be provided to any member who requests one in writing. A reasonable payment may be required to cover copying costs.

The Trustees of the CWTF have the discretionary authority to interpret the terms of the NPL Plan and any insurance policies and other documents related to the NPL Plan, and to resolve all questions and determine all facts relating to eligibility for benefits from the CWTF. All decisions made by the Trustees are final and binding upon all persons. The Trustees have the right to amend any provision of the NPL Plan with or without notice at any time, including retroactively, in the best interest of the Fund and its members. An amendment is effective even if it is not described in this Booklet.

If you want more information or have a question, please call the Fund Office at 410-884-1406.

Coverage for benefits is based on your employer's contributions to the Fund for your work under a collective bargaining agreement in the Fund's jurisdiction, and on self-payments that you can make in certain cases. If you work outside the Fund's jurisdiction, employer contributions for your work may be transferred to the Fund by reciprocal agreements, but only if you submit the proper authorization for transfer. Contact the Fund Office for more information.

NETWORK PROVIDERS

All members of the Fund have access to health care providers that belong to the local CareFirst Network. Certain members of the Fund whose address of record is outside the CareFirst Network service area <u>also</u> have access to health care providers that belong to the national BlueCross BlueShield "FlexLink" Network.

You have access to <u>both</u> the local CareFirst Network <u>and</u> the national FlexLink Network if the front of your CWTF ID card has a small suitcase in the bottom right corner with "PPO" written in the suitcase. If you do not find "PPO" written in a small suitcase on your ID card, you only have access to the local CareFirst Network.

Most (but not all) health care providers in Maryland, D.C. and the Northern Virginia suburbs belong to the CareFirst Network. Most (but not all) health care providers in the United States belong to the FlexLink Network.

You do not have to use health care providers that belong to the Networks. However, Network providers charge reduced fees for their services, so using providers that belong to the Network that covers you can result in substantial savings.

As explained later in this Booklet, if you use a provider that belongs to the Network that covers you, the Fund pays 80% of the Network contracted charges and you only pay 20%. **However, if you use a provider that does not belong to the Network that covers you, the Fund pays only 60% of the "Allowed Benefit" and you pay 40% of the Allowed Benefit plus 100% of the provider's charges that exceed the Allowed Benefit. Allowed Benefit means the maximum charge recognized by the Fund, as explained later in this Booklet under Medical Benefits. Special rules apply to certain charges by out-of-Network providers that may limit the amount you have to pay – see "Special Rules for Certain Out-of-Network Providers" later in this Booklet.**

If your doctor refers you to another health care provider, you should request that you be referred to a Network provider. You should have received information from the Fund Office about how to use the Network that covers you and how to determine if your provider belongs to your Network. If you have any questions, call the Fund Office. Instructions for how to use the CareFirst website to determine if a provider belongs to your Network are on the last page of this Booklet.

NOTE – Unless expressly provided for in this Booklet, the Fund does not cover medical services by persons other than physicians. Physicians are licensed M.D.s, osteopaths and podiatrists. Just because a provider belongs to the Network does not mean their services are covered by the Fund – make sure they are a physician or one of the kinds of non-physicians that this Booklet says are covered.

SUMMARY OF BENEFITS

Here is a brief summary of the benefits provided by the Fund. The benefit explanations later in this Booklet provide specific benefit limits and other important information. "Allowed Benefit" means the maximum amount taken into account by the Plan, as explained later in this Booklet under Medical Benefits.

Life Insurance (Employee Only)	$5,000
AD&D Insurance (Employee Only)	$5,000
Annual Deductible	$300 per person $600 per family
Coinsurance – For Network Providers, Fund pays	80%
And you pay	20%, up to
Annual coinsurance Out-of-Pocket limit	$2,000 per person
Then Fund pays	100%
Coinsurance – For out-of-Network Providers, Fund pays	60% of Allowed Benefit
And you pay	All other charges (with no Out-of-Pocket limit)
Hospital Benefits (Network)	80%
Physician/Surgical Benefits (Network)	80%
Home Health Care (Network)	80%
Prescription Drugs	80%
70% for certain specialty medications unless obtained thru PrudentRx	
Dental Care	$1,000 max per person per year

GENERAL EXCLUSIONS

(Also see limits listed in each benefit explanation)

The Fund does not cover:

- job-related illness or injury (from your regular job, a part-time job, or while moonlighting)
- illness or injury covered by Workers Compensation
- injuries you receive while involved in a criminal act, evading arrest, misconduct, altercation with spouse, parents, children, siblings or anyone who lives with you, riot, mercenary activity, or military service
- injuries received in an airplane (unless it is a scheduled flight on a regular airline)
- self-inflicted injuries, suicide or attempted suicide, unless caused by a mental or nervous condition
- cosmetic treatment, unless due to accidental injury
- the removal of prostheses, implants or appliances the insertion of which was not medically necessary or which was otherwise excluded from coverage
- charges incurred in a government hospital or for treatment by a physician or dentist employed by the government, or when you are eligible for benefits from a federal or state agency or program, except as required by law
- expenses that would not be charged if you had no coverage by the Fund, charges that cannot legally be collected from you, and charges that you are not required to pay
- reversal of a sterilization
- artificial insemination, in-vitro fertilization or any other fertility enhancing procedure, including any related office visits or diagnostic services
- charges in excess of the Allowed Benefit
- treatments, medical devices or drugs which are not medically necessary
- experimental treatments, medical devices or drugs
- charges when the physician, resident staff of the hospital or intern billed under the hospital's tax identification number
- custodial care
- charges for completing claim forms
- charges for treatment of the temporomandibular joint that exceed $500
- treatment for sexual dysfunction that is not related to organic disease (unless specifically covered under the prescription drug benefit)
- charges for items of convenience, medical records or reports, mailing charges or broken or missed appointments
- weight loss programs
- hearing aids

Your claim must be filed on time for it to be covered. Claims must be filed within one year after the treatment is received or the expense is incurred, or the claim will not be covered.

If you (or your dependent) are asked to go to a physician for an examination related to a claim and do not do so, you (or your dependent) can lose coverage for the claim in question.

If benefits that you (or your dependent) are not entitled to are paid by the Fund, you will be required to repay those benefits. If you do not repay them, you (or your dependent) may lose Fund coverage.

If a claim arises out of violence, you may be required to provide a copy of the police report and other information to the Fund Office at your own expense, before your claim can be processed.

FALSE OR FRAUDULENT CLAIMS

If you make a false or fraudulent claim for benefits, the claim will be denied and you (and your dependents) may lose coverage for all benefits under the Fund. In addition, making a false or fraudulent claim is a federal offense, and the Fund may bring legal action against you.

HOW TO CLAIM YOUR BENEFITS

CareFirst and FlexLink Network providers will file benefit claims for you. You do not need to file a claim form with the Fund Office if you use a Network provider.

If you use an out-of-Network provider, they might file your benefit claim for you. It is your responsibility to find out if they file the claim for you. **If they don't file the claim for you, you must file the claim yourself.** You or your survivors must file a claim to receive Life and AD&D Insurance benefits. To file a claim:

1. Get a claim form from the Fund Office at 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. You can also call 410-884-1406 or go online at www.ourbenefitoffice.com/ConstructionWorkersTrustFund/Benefits.

2. Fill out your part of the form, and then have the rest completed by the provider.

3. Attach all receipts and bills to your claim form.

4. Mail or bring all information to the Fund Office.

5. You must file your claim with the Fund Office **no later than one year** after you receive treatment or incur an expense. If you do not file your claim within one year the Fund will **not** pay benefits.

All claims must show your name and Social Security number. If the claim is for a family member, show their name and relationship to you (spouse or child). You may be asked for a birth or marriage certificate or other evidence of the relationship.

If you have a question or concern regarding a claim that has been filed, please do not call the Fund Office until at least one week after the claim was filed. Too many phone calls can slow up payment.

If your claim is denied, you may appeal the denial to the Trustees. Rules for making an appeal are set forth later in this Booklet.

WHEN YOU ARE COVERED

To be covered for Fund benefits, you must meet the eligibility requirements based on hours you work for which employer contributions are made to the Fund. If your employer does not make sufficient contributions on your behalf to the Fund, you generally will not get Fund coverage.

Regular Eligibility Rule

The Regular Eligibility Rule for Fund coverage is based on employer contributions for work during eligibility quarters. The eligibility quarters are January-March, April-June, July-September and October-December. If at least 300 hours are contributed by your employer for your work during an eligibility quarter, then in the next following coverage quarter you will have Fund coverage. The following chart shows how eligibility for Regular Coverage works:

300 hours during eligibility quarter	to be covered during coverage quarter
Jan. 1 to March 31	June 1 to Aug. 31
April. 1 to June 30	Sept. 1 to Nov. 30
July 1 to Sept. 30	Dec. 1 to Feb. 28
Oct. 1 to Dec. 31	March 1 to May 31

Special Initial Eligibility Rule

The Special Initial Eligibility Rule helps you get Fund coverage for the first time more quickly.

- If at least 130 hours are contributed by your employer for your work in a calendar month, you will have Fund coverage during the second following calendar month.

- If at least 230 hours are contributed by your employer for your work in two consecutive calendar months, you will have Fund coverage during the second and third following calendar months.

You can only use the Special Initial Eligibility Rule until the first time you become covered under the Regular Eligibility Rule. Once you become covered under the Regular Eligibility Rule, you cannot use the Special Initial Eligibility Rule again.

If you die after you become covered, your dependents can continue their Fund coverage by making self-payments for COBRA Coverage as explained below.

The NPL Plan document contains the complete eligibility rules of the Fund. If you have any questions, please contact the Fund Office.

CONTINUED COVERAGE VIA COBRA SELF-PAYMENT

The Fund's self-payment rules comply with a federal law called "COBRA". The COBRA self-payment rules are summarized as follows.

If you lose Fund coverage because you don't work enough hours, the Fund Office will notify you of your right to make self-payments to continue Fund coverage – we call this "COBRA Coverage". You cannot make self-payments to have COBRA Coverage if you lost your job due to "gross misconduct".

Dependent spouses and children can also make self-payments to have COBRA Coverage if they lose Fund coverage because of your death, a divorce or legal separation, or because your child no longer qualifies as a dependent. **In order for dependents to be able to make self-payments for COBRA Coverage after a divorce, legal separation, or no longer qualifying as a dependent, you or the dependent must notify the Fund Office in writing within 60 days after the event.** After receiving that notice, the Fund Office will then notify affected persons of their COBRA Coverage self-payment rights. **If notice of these events is not given to the Fund Office in writing within 60 days after the event occurs, then COBRA Coverage is not available.**

Dependent children include children born to you, adopted by you, or placed with you for adoption while you have COBRA Coverage. For such a child to have COBRA Coverage, you must notify the Fund Office in writing within 30 days after the event. If notice is given on time, the newborn or adopted child will have COBRA Coverage starting as of the date of the birth, adoption, or placement for adoption.

The self-payment rates for COBRA Coverage are determined by the Fund's actuary and are updated periodically. Call the Fund Office for the current COBRA rates. If you worked some hours, but not enough to get Fund coverage, the employer contributions for your work are used to reduce the amount of the COBRA self-payment that you must make to have COBRA Coverage. (The minimum self-payment is $25.00 per month.) If a dependent makes a separate election of COBRA Coverage, he or she gets no credit for employer contributions for your work.

COBRA Coverage includes all the regular benefits provided by the Fund, except that COBRA Coverage does <u>not</u> include AD&D benefits.

Length of COBRA Coverage

Following are the maximum time periods for which you or a dependent can normally have COBRA Coverage. The right to COBRA Coverage may end sooner as explained below under "End of COBRA Coverage".

(1) If you lose Fund coverage because you don't have enough hours of employer contributions, you and your dependents may generally have COBRA Coverage for 18 months after Fund coverage is lost. You and your dependents can have COBRA Coverage for up to 24 months if you don't have enough hours because you are called up for military duty that is covered by the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act ("USERRA").

(2) If you elect COBRA Coverage and you or any of your covered dependents are disabled for Social Security purposes at any time during the first 60 days of COBRA Coverage, you may be allowed to have COBRA Coverage for up to 29 months (instead of 18 months) from the date you lost Fund coverage. **To be eligible for the extension to 29 months, you or any of your covered dependents must notify the Fund Office in writing within 60 days after Social Security issues its determination of disability and before the regular 18 months of COBRA Coverage is over.** The Fund Office will then tell you if the extension to 29 months applies. **There can be no extension unless notice of the Social Security disability determination is given to the Fund Office in writing within 60 days after the determination is issued and before the regular 18 months of COBRA Coverage is over.**

(3) If you die while on Fund coverage, your dependents can have COBRA Coverage for up to 36 months after your death. If you die while on COBRA Coverage, your dependents can have COBRA Coverage for up to 36 months after when your COBRA Coverage began.

(4) If you and your spouse get divorced or legally separated, or if your child no longer qualifies as a dependent, your ex-spouse or dependent child can have COBRA Coverage for up to 36 months.

End Of COBRA Coverage

In all cases, you and/or your dependents' COBRA Coverage will end sooner than the times set forth above if any of the following things happen:

(1) You and/or your dependents do not elect COBRA Coverage and make your first COBRA self-payment by the deadline set forth in the COBRA materials sent by the Fund Office.

(2) You and/or your dependents fail to make any subsequent COBRA self-payment by the last day of the month for which the self-payment is due.

(3) You and/or your dependents do not comply with the other requirements for self-payments which are explained in the COBRA materials sent by the Fund Office.

(4) After COBRA Coverage is elected, you and/or your dependents become covered under another group health plan.

(5) After COBRA Coverage is elected, you and/or your dependents become entitled to Medicare. Note – you become *eligible* for Medicare when you turn age 65. You do not become *entitled* to Medicare until you turn age 65 and actually apply for Social Security or Medicare. However, if you lose your COBRA Coverage because you become entitled to Medicare, and your spouse is not entitled to Medicare, your spouse can have COBRA Coverage by making their own COBRA self-payments. Your spouse can have COBRA Coverage for up to 18 months after your COBRA Coverage began. If any of the events described above occurs for your spouse, then they will lose the right to have COBRA

Coverage. COBRA Coverage for your spouse under this provision will not provide you with any benefits.

This Booklet only contains a summary of the COBRA Coverage rules. You will be supplied more detailed information about COBRA Coverage when you lose Fund coverage, provided you give written notice to the Fund Office when required to do so as explained above. Call the Fund Office if you have any questions regarding COBRA Coverage. More information about COBRA is set forth at the end of this Booklet in the **"Important Notice About Your Continuation Coverage Rights Under COBRA."**

Coverage While Disabled

If you become totally disabled for at least six weeks in an eligibility quarter, for purposes of the Regular Eligibility Rule you may be credited with up to 300 hours worked for that quarter. To receive that credit, you must have worked at least 1,000 hours in the four eligibility quarters before you became disabled and you must have been covered for benefits at the time you became disabled. If you remain disabled after that first eligibility quarter, you may be granted a second quarter of coverage. If you are still disabled after the second eligibility quarter, you can apply for two additional quarters of coverage by submitting a written request for continued coverage to the Fund Office.

To qualify for this coverage while disabled, you must send the Fund Office satisfactory proof that you cannot work because of the disability. This proof can be a letter from your doctor. If you are receiving Workers Compensation benefits, this proof must be a letter from the Workers Compensation carrier stating that you are receiving total disability benefits.

RECIPROCITY

If you work outside the jurisdiction of the Construction Workers' Trust Fund and you want the health insurance contributions made by your employer in the area where you are working to come back to the CWTF, you should contact the Fund Office and ask whether the CWTF has a reciprocal agreement with the fund in the area where you are working. If there is a reciprocal agreement, you can sign an authorization form instructing the fund where you are working to transfer your health insurance contributions back to the CWTF.

In order to have your contributions transferred, you must sign the reciprocity authorization form and file it with the fund where you are working. You must file a separate reciprocity authorization form for each outside fund in which you work.

Until the reciprocity authorization form is filed with the fund office of the outside fund, the employer contributions for your work in the outside fund's jurisdiction will not be transferred back to the CWTF.

Some employers have a special arrangement with outside funds whereby the employer contributions for your work are made directly back to the CWTF, without you having to file a reciprocity authorization form. If you work outside the CWTF's jurisdiction, you must check with your employer to see if it has a special arrangement with the outside fund or not.

If you have any questions regarding reciprocity arrangements, you should contact the CWTF Fund Office.

DEPENDENT COVERAGE FOR YOUR FAMILY MEMBERS

In General

When you meet the requirements for your own Fund coverage, your eligible dependent spouse and children will also be covered for most benefits. In general, the dependents who are covered are your legally married spouse and your children (natural or legally adopted) who are under age 26.

Exclusions

Your spouse is not covered for benefits if you are divorced, legally separated, have signed a separation agreement, or have abandoned your spouse. Your spouse is also not covered if you have not lived together for 12 months and during that time you were living with someone else.

Only eligible spouses and your children can be covered. Grandchildren, nieces, nephews, etc. cannot be covered unless you legally adopt them as your own children.

Special dependent children rules

Stepchildren

Stepchildren (natural or adopted children of your legally married spouse, but who are not your natural or adopted children) are only covered if they live with you and you are financially responsible for them.

Newborn babies

Before any claims on the newborn baby will be paid, you must provide proof of birth and update your benefit enrollment form for the baby. To continue coverage of the baby for longer than 90 days following birth, you must submit a birth certificate.

Special rule for disabled children over age 25

Normally, your children lose coverage at their 26th birthday. However, your child over age 25 can be covered if he or she lives with you and has a mental or physical disability which prevents your child from working. The disability must have started before your child's 26th birthday. You must submit proof of the disability satisfactory to the Administrator.

Adopted children

Once a legal adoption is finalized, your adopted child will be covered under the same rules that apply to natural children. A child placed in your custody under a court order pending adoption can also be covered before the adoption is finalized if you have a legal obligation for support of the child in anticipation of adoption of the child.

"Common law" spouse

If you prove that you have been living with someone of the opposite sex as husband and wife and have been telling the public that you are husband and wife for one year or more and that person has been listed as your spouse on your enrollment form on file at the Fund Office for at least six full months, then he or she will be covered as your "common law" dependent spouse. Only one person at a time can be covered as your dependent spouse.

Changing your enrollment form

If you remove a dependent spouse or child's name from your enrollment form on file at the Fund Office, that spouse or child will immediately lose coverage for benefits. To get that spouse or child covered again, you must put their name back on your enrollment form and after doing so you must wait for six months before they are covered again.

REMEMBER: YOU MUST HAVE A CURRENT ENROLLMENT FORM ON FILE IN THE FUND OFFICE LISTING ALL YOUR DEPENDENTS AND YOUR LIFE INSURANCE BENEFICIARY.

Qualified Medical Child Support Orders

If you get divorced or separated or you have fathered a child out of wedlock, a court may issue a Qualified Medical Child Support Order ("QMCSO") that requires the Fund to provide coverage for a child of yours who does not otherwise meet the requirements for dependent coverage. If the Fund receives a QMCSO that requires coverage for a child of yours, you will receive special information about what you must do. The Fund has procedures which govern the processing of QMCSOs.

LIFE AND AD&D INSURANCE
(Employees Only)

The Fund provides a $5,000 Life Insurance benefit for covered employees in case of death from any cause.

In addition to your Life Insurance benefit, the Fund provides an additional $5,000 of Accidental Death and Dismemberment (AD&D) benefits, if you die within 90 days after, and as a direct result of, a non-job related accident. Your beneficiary will receive the AD&D benefits.

If you lose a limb or your sight within 90 days after, and as a direct result of, a non-job related accident, AD&D benefits will be paid to you. You will receive the full $5,000 of AD&D benefits if you lose either:

- two hands or feet
- sight of two eyes
- one hand and one foot
- one limb (hand or foot) and sight of one eye

You will receive $2,500 of your AD&D benefits if you only lose one hand or one foot or the sight of one eye.

AD&D benefits will not be paid if your loss or death results from any of the causes listed under **General Exclusions**.

When Life and AD&D Insurance Benefits Are Paid

The beneficiary named on your enrollment form will receive your Life Insurance and AD&D benefits after proof of your death is received by the Fund Office. Your beneficiary must apply for Life Insurance and AD&D benefits within one year after your death or benefits will not be paid.

Your beneficiary is the person you name on your enrollment form to get your benefits when you die. You may name anyone you want to be your beneficiary, but you must have his or her name on your enrollment form on file in the Fund Office. If you don't have a validly named beneficiary, your benefits will be paid to the first living person (or persons) on this list: (1) your spouse, (2) your children and (3) your estate. If any beneficiary is under 18, the benefit will be held by the Fund until the beneficiary is 18 or the Fund receives a court order to pay the benefit earlier.

MEDICAL BENEFITS

Medical Benefits pays for your covered health care expenses as follows.

You must first pay a $300 annual deductible. After the deductible, **Medical Benefits** pays 80% of your first $10,000 of covered expenses per calendar year, and 100% of your covered expenses above $10,000 per calendar year. You pay the other 20% of your first $10,000 of covered expenses per calendar year, but none of your covered expenses above $10,000 per calendar year. In other words, after paying the $300 deductible, you only have to pay a maximum of $2,000 per year – that is 20% of your first $10,000 of expenses. This is called an "Out-of-Pocket Maximum". The Out-of-Pocket Maximum applies separately to you and each member of your family. In no event will the total Out-of-Pocket Maximum paid by all members of your family together exceed $4,600 per year.

The 80% **Medical Benefits** payment and the Out-of-Pocket Maximum rules only apply to services and supplies you receive from providers that are members of the Fund's CareFirst or FlexLink Network (whichever applies to you). **If you receive services and supplies from providers that are not members of the Fund's Network that applies to you, then Medical Benefits only pays 60% of the Allowed Benefit (described below) and you must pay all other charges, and there is no Out-of-Pocket Maximum.**

Annual Deductibles. Each covered person must pay the first $300 in covered health care expenses each calendar year before **Medical Benefits** starts to pay. However, you will not have to pay more than $600 in deductibles for your whole family in any one year. Also, any amounts you pay towards your annual deductible in October, November and December of a year are also counted towards the next year's deductible.

Medical Benefits expenses for charges for a second surgical opinion, or for charges of a licensed midwife and a licensed birthing center, are covered at 100%, with no deductible. Also, the deductible does not apply to Preventive Care Services described later in this Booklet provided by a member of the Fund's Network that applies to you.

Allowed Benefit. You are responsible for all charges by out-of-Network providers that exceed the Allowed Benefit. Charges above the Allowed Benefit are not taken into account for any purpose under the Plan. For any service or supply, the Allowed Benefit is the lesser of (1) the provider's actual charge or (2) the amount the Plan would have paid a Network provider for the same service or supply as determined by the Administrator in its discretion. If the Administrator cannot determine the amount that the Plan would have paid a Network provider, then in lieu thereof 150% of the amount that would be allowed by Medicare will be used.

Medical Benefits does not pay for:

- dental care, except for accidental injuries to natural teeth.
- prescription drugs.
- glasses, contact lenses, hearing aids or exams for their fitting.

The above items are covered under the **Optical, Prescription Drug and Dental Benefits** sections described later in this Booklet.

EXAMPLE OF HOW MEDICAL BENEFITS WORKS

EXAMPLE - You are hospitalized 10 days for surgery.

Type of Service/Benefit	**Charges Incurred***	**Covered Expenses**	**Not Covered**
Room and board for 10 days at $750 per day	$ 7,500	$ 7,500	$
Hospital Misc. charges	$ 5,100	$ 5,100	$
Physician's charges	$ 250	$ 200	$ 50
Surgeon's Charges	$ 1,600	$ 1,600	$
Outpatient Expenses			
Home health care (4 visits)	$ 200	$ 160	$ 40
X-rays	$ 150	$ 150	$
Total Charges	**$14,800**		
Total Covered Expenses		$14,710	
Less Annual Deductible		($300)	
Charges Recognized by Medical Benefits		$ 14,410	
Medical Benefits pays (80% of $10,000 plus 100% of $4,410)		$ 12,410	
Difference that you pay		**$ 2,000**	(Out-of-Pocket Maximum)

*"Charges Incurred" assume the charges for each item do not exceed the Allowed Benefit. Charges in excess of the Allowed Benefit are not covered by the Fund.

HOSPITAL BENEFITS

Room and Board

If you or your dependents are hospitalized, the Fund covers the hospital's charges for semi-private room and board under **Medical Benefits**. Charges for intensive care are covered at up to three times the semi-private room rate.

If the patient is transferred to a skilled nursing or rehabilitation facility directly from a hospital stay, the Fund covers the stay at the skilled nursing or rehabilitation facility as if it were a hospital stay. No more than 60 days of inpatient hospital and skilled nursing or rehabilitation facility charges are covered during any consecutive 365 day period. The daily room and board benefit payable for the nursing/rehabilitation facility will not exceed 50% of the daily room and board benefit that was payable for the hospital stay.

Hospital admissions for substance use disorder and mental health treatment are covered under the **Mental Health and Substance Use Disorder Benefit**.

Preauthorization Requirement

Before you or your dependents are admitted to the hospital, be certain that the hospital admission has been preauthorized by the Fund's managed care provider. The hospital should take care of

this, but you are responsible if the hospital does not get preauthorization. **THE FUND DOES NOT COVER HOSPITAL STAYS THAT ARE NOT PREAUTHORIZED.** Hospital stays will not be preauthorized unless it is medically necessary to be treated on an inpatient basis. Contact the Fund Office if you need more information about preauthorization.

Outpatient Treatment

Facility charges of a hospital or surgical center for outpatient treatment are covered under the **Medical Benefits** payment rules.

Miscellaneous Charges

Certain inpatient and outpatient hospital charges, such as anesthesia, emergency department facility charges (if covered as explained below), operating room charges, medications, lab fees and supplies are covered under the **Medical Benefits** payment rules. Certain charges for hospice or nursing home care, non-elective abortion and sterilization are also covered under the **Medical Benefits** payment rules.

The Fund does not cover:

- custodial care (except for hospice care in certain cases of terminal illness)
- special nurses, telephone, TV, charges for completing claim forms, etc.
- treatment related to any of the causes listed under **General Exclusions**

EMERGENCY DEPARTMENT TREATMENT

Facility charges of a hospital emergency department can be covered under **Medical Benefits**. In order for emergency department facility charges to be covered, the patient must have an ***emergency medical condition***, which is a medical condition (including a mental health condition or substance use disorder) that has symptoms of such severity (including severe pain) that a prudent person with average knowledge of health and medicine could reasonably believe that failure to receive immediate medical attention would:

- place the patient's health (including the unborn child of a pregnant woman) in serious jeopardy, or
- result in serious impairment to the patient's bodily functions, or
- result in serious dysfunction of a bodily organ or part.

Facility charges of a hospital emergency department for treatment of a condition that does not qualify as an ***emergency medical condition*** will **not** be covered. Charges of the emergency department physician (M.D., osteopath or podiatrist) for treatment of an ***emergency medical condition*** are covered under the **Physicians Visit Benefits** (see below).

A $150 co-pay applies to each emergency department visit. The co-pay is waived if the patient is admitted to the hospital as an inpatient in connection with the emergency department visit.

In no event will the Fund pay more than the Recognized Amount for Emergency Services. "Recognized Amount" means the charges for out-of-Network emergency treatment that are recognized by the Fund in accordance with regulations issued under ERISA Section 716.

"Emergency Services" mean:

- treatment to stabilize an ***emergency medical condition***, whether provided in the emergency department or in any other department of a hospital;
- an appropriate medical screening examination within the capability of the emergency department, including ancillary services routinely available in the emergency department, to evaluate whether an ***emergency medical condition*** exists, and
- additional services and supplies furnished in any department of a hospital after the patient is stabilized and as part of outpatient observation, or an inpatient or outpatient stay, in connection with the visit for which the initial services were provided.

You are not legally responsible for out-of-Network Emergency Services charges that exceed the Recognized Amount, and the out-of-Network provider cannot "balance bill" for those charges. The Fund does not cover balance billing for out-of-Network Emergency Services.

SURGICAL BENEFITS

The Fund covers charges for surgery performed by a physician (M.D., osteopath or podiatrist) under the **Medical Benefits** payment rules.

Charges for an assistant surgeon are only covered up to 20% of the covered charge for the primary surgeon. If the surgeon's charges (including charges of any assistant) are more than the **Medical Benefits** payment for the procedure, you must pay the difference. Call the Fund Office for information about the maximum benefit payable for an operation.

Charges for anesthesia needed for covered surgery are paid under the **Medical Benefits** payment rules. Anesthesia is only covered for dental care when the patient is under six years of age and medically necessary for the provision of dental treatment that is covered by the Fund's Dental Benefits.

PHYSICIANS VISIT BENEFITS

Non-surgical physician visit charges are covered under the **Medical Benefits** payment rules.

This benefit covers physician visits in the office, by telemedicine, the hospital or the emergency department.

Only visits to licensed physicians (M.D., osteopath or podiatrist) are covered.

Physicians visit benefits are <u>not</u> payable for post-operative surgeon's visits. Charges for those visits are covered by payment of the **Surgical Benefit**.

Charges for a second surgical opinion by a physician who is a board certified specialist and who is not financially associated with the physician who originally recommended the surgery are covered, provided the surgery is not performed by the second physician. The **Medical Benefits** coinsurance percentage is 100% for a second surgical opinion. Charges for a third surgical opinion are covered on the same terms as apply to a second opinion.

MATERNITY BENEFITS

The Fund provides maternity benefits to cover expenses of an employee or dependent spouse for pregnancy, childbirth, medically necessary (non-elective) abortion or miscarriage. Benefits are provided only if the mother is covered on the date of delivery. The Fund does not cover any expenses related to pregnancy, childbirth, abortion or miscarriage for dependent children, except for preventive care services.

The Fund does not cover expenses related to artificial insemination, in-vitro fertilization or any other fertility enhancing treatment.

Hospital charges related to pregnancy, childbirth or miscarriage are covered under **Hospital Benefits** described above.

The physician's charges (which include all charges for pre-natal, delivery, and post-natal care) are covered under **Surgical Benefits** described above.

The Fund does not restrict any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a normal vaginal delivery, or less than 96 hours following a caesarean section. A provider is not required to obtain preauthorization from the Fund or its managed care provider for prescribing a length of stay within these limits. However, this does not prohibit the mother's or newborn's attending physician, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours after a normal delivery or 96 hours after a caesarean section.

Midwife Services

Some expectant mothers deliver their babies at a licensed birthing center or at home attended by a nurse-midwife. These facilities specialize in child birth in a home-like environment with limited medical attention. A nurse-midwife must be a licensed specialist in non-complicated childbirth. The Fund considers a nurse-midwife to be a physician when the nurse-midwife is practicing within the scope of their license, and will cover the nurse-midwife's charges on the same terms as those charges would be covered if they were provided by a physician. Plus, the **Medical Benefits** coinsurance percentage is 100% for the charges of a licensed birthing center and a nurse-midwife.

Doula care is not covered.

Sterilization

Charges for sterilization for male or female employees and spouses are covered as **Preventive Care Services** as described later in this Booklet.

Charges for sterilization for a dependent child are not covered.

Abortions

For **medically necessary** (non-elective) abortions for an employee or dependent spouse, hospital charges are covered under **Hospital Benefits** and the physician's charges are covered under **Surgical Benefits**.

Charges for elective abortions are not covered.

Charges for any kind of abortion (elective or medically necessary) for a dependent child are not covered.

MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE DISORDER BENEFITS

Under the Fund's **Mental Health and Substance Use Disorder Benefits (MHSUD)**, you and your eligible dependents are provided a variety of mental health and substance abuse (drug/alcohol) treatment benefits. Mental health and substance use disorder treatment is referred to in this Booklet as "MHSUD Treatment".

The Fund covers expenses for inpatient hospitalization for covered MHSUD Treatment under **Medical Benefits** on the same terms as apply under **Hospital Benefits**. Admission to a licensed residential treatment program is considered to be an inpatient hospitalization. Partial hospitalization days and intensive outpatient care are considered to be outpatient treatment.

The Fund covers expenses for individual or group counseling provided by a psychiatrist, psychologist or licensed psychiatric social worker under **Medical Benefits** on the same terms as apply under **Physician Benefits**.

EQUIPMENT AND APPLIANCES

Medical Benefits covers the rental or purchase of certain equipment and appliances needed because of an injury or illness covered by the Fund. The Administrator determines whether any equipment or appliance is covered on a case by case basis.

This benefit covers orthopedic and prosthetic equipment and appliances. This benefit also covers non-orthopedic and non-prosthetic medical equipment which is needed in order to be discharged from a hospital or skilled nursing/rehabilitation facility or to avoid a hospital or skilled nursing/rehabilitation facility admission.

Orthopedic and prosthetic equipment and appliances are only covered if prescribed by a physician.

Hearing aids and related supplies or exams for their fitting are not covered.

HOSPICE AND NURSING HOME BENEFITS

Certain charges of a hospice or nursing home are covered if you or a dependent have a terminal illness and need professional care, but do not need to stay in the hospital. The hospice care concept is based on the belief that for certain terminal illnesses, it is better for the patient to be in an institution with a home like setting or to be at home. The hospice care concept revolves around easing pain and providing counseling to the patient and to family members.

Covered inpatient hospice or nursing home charges are combined with and paid under **Hospital Benefits** as though they were charges of a skilled nursing or rehabilitation facility. No more than 60 days of inpatient hospice or nursing home charges are covered in a consecutive 365 day period, counted together with covered hospital or skilled nursing or rehabilitation facility inpatient days in the same period.

Covered outpatient hospice benefits are paid under the **Home Health Care** benefits described below.

For more information regarding hospice care or nursing home benefits, call the Fund Office.

HOME HEALTH CARE

Medical Benefits also covers **Home Health Care** expenses, up to 100 visits during any 365 consecutive day period, but only for professional home health care visits that are necessary to avoid or shorten an inpatient hospital or skilled nursing/rehabilitation facility stay and that are rendered according to a treatment plan written by a physician and agency personnel. This benefit also covers home hospice care in the case of a terminal illness. Equipment, supplies and injectable drugs used in providing the home health care are also covered if they are necessary to avoid or shorten hospital or skilled nursing/rehabilitation facility stays. For more information concerning Home Health Care benefits contact the Fund Office.

OTHER FUND BENEFITS

The Fund also covers the following items:

Diagnostic Tests and Lab Fees

Medical Benefits covers charges for X-rays, diagnostic lab tests and their interpretations and other similar services.

Preventive Care Services

Medical Benefits covers charges for the following Preventive Care Services:

- Evidence based services that have in effect a rating of A or B in the current recommendation of the United States Preventive Services Task Force for the individual involved. This includes Cologuard when prescribed by a Physician.

- Immunizations for routine use in children, adolescents and adults that have in effect recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention for the individual involved.

- For infants, children, and adolescents, evidence-informed preventive care and screenings provided for in comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration.

- Evidence-informed preventive care and screenings for women provided for in comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration.

Preventive Care Services by a provider that **is** a member of the Fund's CareFirst or FlexLink Network that applies to you are not subject to a deductible and the Fund pays 100% of the Network contracted charges. Preventive Care Services by a provider that is **not** a member of the Fund's Network that applies to you are subject to the regular deductible and coinsurance rules that apply to other services by out-of-Network providers. For more information on Preventive Care Services, contact the Fund Office.

Ambulance Transportation

Medical Benefits covers charges for medically necessary ambulance transportation needed:

- for treatment of an ***emergency medical condition*** as defined under **Emergency Department Treatment** earlier in this Booklet;
- to transport a patient from a hospital to a skilled nursing or rehabilitation facility for which charges are covered by the Fund, or
- as preauthorized by the Fund's managed care provider.

Air ambulance is only covered if it is medically necessary to be transported by air and not by ground. It is not medically necessary to be transported by air if a facility that can provide the necessary medical care can be safely accessed by ground transportation. Except for an ***emergency medical condition***, air ambulance transportation must be preauthorized by the Fund's managed care provider or it is not covered.

Except for ambulance transportation that is covered as described above, charges for any other transportation are not covered.

The maximum annual benefit payment for ground and air ambulance services combined is $1,000 per calendar year.

In no event will the Plan pay more than the Allowed Benefit for ground ambulance transportation, or more than the Qualifying Payment Amount for air ambulance transportation. "Qualifying Payment Amount" means the charges for out-of-Network air ambulance transportation that are recognized by the Fund in accordance with regulations issued under ERISA Section 717.

You are not legally responsible for out-of-Network air ambulance transportation charges that exceed the Qualifying Payment Amount, and the out-of-Network provider cannot "balance bill" for those charges. The Plan does not cover balance billing for out-of-Network air ambulance transportation charges.

Physical Therapy

Medical Benefits covers inpatient physical, occupational, rehabilitative, respiratory and speech therapy while confined to a hospital because of an injury or illness for which **Hospital Benefits** are payable.

Medical Benefits covers outpatient physical, occupational, rehabilitative, respiratory and speech therapy recommended by a physician and performed by a licensed therapist, up to 40 visits and a maximum payment of $750 during any calendar year. Acupuncture is not covered.

Medical Benefits covers chiropractic treatment by a licensed chiropractor on the same terms and limits as outpatient physical therapy, except there is no requirement that the chiropractic treatment be recommended by a physician.

Blood Transfusions

If you or a dependent are given whole blood as part of covered treatment, **Medical Benefits** covers charges for the blood.

Mastectomies

Medical Benefits covers charges for persons electing breast reconstruction in connection with a mastectomy. These include:

- Reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed,
- Surgery and reconstruction of the other breast to provide a symmetrical appearance, and
- Prostheses and physical complications for all stages of a mastectomy, including lymphedemas (swelling associated with the removal of lymph nodes).

The manner of coverage is determined in consultation with the attending physician and patient. Normal deductibles and coinsurance will apply.

Organ Transplants

All transplants must be preauthorized by the managed care provider. The transplant must be performed at a facility in the State of Maryland, unless it is demonstrated in advance to the satisfaction of the managed care provider that it is medically necessary for the transplant to be performed at a facility outside of the State of Maryland. If the transplant is performed at a facility outside the State of Maryland, charges for the transplant, together with all other charges covered by the Fund related to the condition or illness which necessitated the transplant, in

excess of $100,000 are not covered. If the cost of a transplant exceeds that limit, you are responsible for the difference.

The Fund covers non-experimental transplants only of the human heart, kidney, lung, heart/lung, bone marrow, liver, pancreas and cornea. Transplants that are experimental are not covered. Coverage is contingent upon continuing to meet the criteria for the managed care provider's transplant approval until the date of the transplant.

The following transplant services are not covered by the Fund:

- The transplant of an organ which is synthetic, artificial, or obtained from other than a human body.

- Expenses of an organ donor, except when the recipient is covered by the Fund and receives the organ in a covered organ transplant. When coordinating with the donor's health plan, the Fund will be secondary. If an organ is sold (i.e., not donated), the donor's expenses are not covered.

- Transplants performed outside of the United States.

If you or a member of your family may need an organ transplant, contact the Fund Office as soon as possible to discuss the benefits the Fund provides for the transplant.

Weight Reduction Surgery

Medical Benefits covers charges for surgical treatment of morbid obesity, but only when the patient's Body Mass Index (BMI) (weight in kilograms/height in meters squared) is greater than 40, or equal to or greater than 35 with a co-morbid medical condition, including hypertension, a cardiopulmonary condition, sleep apnea, or diabetes. Surgical treatment for overhanging, stretching or laxity of skin is also covered up to a lifetime benefit maximum of $5,000, but only if medically necessary as a result of surgical treatment of morbid obesity covered by the Fund.

Adaptive Behavior Treatment

Medical Benefits covers adaptive behavior treatment, such as applied behavior analysis, when medically necessary for treatment of a patient under age 19 with autism or autism spectrum disorder. Services must be recommended in writing by a physician and performed by a certified or licensed health care professional that the Administrator determines in its discretion is appropriately trained and qualified, such as a board certified behavior analyst.

Chronic Pain Management

Medical Benefits covers charges incurred for medically necessary monthly chronic pain management treatment recommended in writing by a physician and performed by a licensed provider. The patient must have chronic pain, meaning persistent or recurring pain lasting longer

than three months. Covered services include pain assessment, medication management, and care coordination and planning.

Diabetes Training and Education

Medical Benefits covers charges incurred for outpatient diabetes self-management training for patients that have been diagnosed with diabetes. The training must be recommended in writing by a physician and performed by a licensed diabetes management service provider. Charges are covered for up to 10 hours of initial individual and/or group training. Thereafter, charges are covered for up to two hours of follow-up training each calendar year after the calendar year of initial training.

OPTICAL BENEFITS

The Fund covers eye examinations, glasses or contact lenses as set forth below. You may use the eye care provider of your choice, or ask the Fund Office for information on eye care providers who offer special discounts to persons covered by the Fund. You must use the Fund's claim form, which you can get from the Fund Office, in order to receive benefit payments.

Eye exam (once per 12 months)	$36
Lenses, per pair (once per 12 months):	
• Single vision lenses	$25
• Bifocals	$41
• Trifocals	$55
• Lenticular	$100
• Contact lenses	
o Medically necessary	$300
o Elective	$80
Frames (once per 24 months)	$45

Charges above these amounts are <u>not</u> covered under **Medical Benefits**.

PRESCRIPTION DRUG BENEFITS

Coinsurance

Your prescription drug benefits under the Fund are administered by the pharmacy benefit manager, currently CVS Caremark. Your CWTF ID card also serves as your prescription drug card to use while you are covered by the Fund. Present the card to a participating pharmacy along with your prescription. You pay only 20% "coinsurance" of the charge for each prescription or refill, and the Fund pays the remaining 80%. Special rules apply to prescriptions for maintenance drugs, as explained below.

You pay 30% coinsurance of the charge for each prescription or refill of specialty medications on the PrudentRx Program Drug List. These are high cost drugs prescribed to treat complex medical conditions, and are usually (but not always) administered by injection or infusion. However, the 30% coinsurance is waived – and you pay no coinsurance – if you obtain the specialty medication through the PrudentRx Solution Program described below.

Generic drugs cost less than brand drugs. Preferred brand drugs cost less than non-preferred drugs.

Annual Out of Pocket limit

The sum of all drug coinsurance paid by you and all of your covered family members combined will not exceed an "out of pocket" limit of $12,800 per calendar year (limit subject to increase for inflation). If you do not obtain a specialty medication on the PrudentRx Program Drug List through the PrudentRx Solution Program, and therefore you must pay 30% coinsurance, that coinsurance does not count against the out of pocket limit unless the specialty medication qualifies as an "essential health benefit" under the Affordable Care Act.

Preauthorization, Specialty Medications and Injectable Drugs

The Fund does not cover certain brand name drugs, and does not cover any specialty medications and injectable drugs, unless preauthorized by the Fund's pharmacy benefit manager, currently CVS Caremark. To find out if preauthorization is required for any medication or drug, and to request preauthorization, your physician should call CVS Caremark at 800-552-8159.

You must use the CVS Caremark Specialty Pharmacy to fill your specialty medication prescriptions. Specialty medications filled through other pharmacies will <u>not</u> be covered.

If CVS Caremark denies your request for preauthorization for any medication or drug, you can make a first level appeal to CVS Caremark in accordance with the directions included on the denial letter. If CVS Caremark denies your first level appeal, you may appeal to the Fund's Board of Trustees in accordance with the appeal rules for pre-service claims set forth below in this Booklet.

Maintenance Drugs

A prescription or refill is normally only covered for up to a 30-day supply. If a prescription or refill is for greater than a 30-day supply (only covered for maintenance drugs), the following rules apply.

After you start taking a maintenance drug, you will be required to obtain the drug through the CVS Caremark Maintenance Choice Program. You may fill your first and second 30-day prescriptions at a retail pharmacy, but thereafter your prescription will not be covered unless it is obtained through the Maintenance Choice Program. Under Maintenance Choice, you can fill your prescription at a CVS pharmacy or through the CVS Caremark mail order program.

Vaccines

Vaccines that have in effect a recommendation from the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention for the individual

involved are provided at no charge to you at CVS Caremark participating pharmacies. Besides school required vaccines for children, this includes coverage for flu, pneumonia, shingles and certain other vaccines for children and adults. Ask your pharmacist for more information about the vaccines that are covered.

Exclusions

Prescription Drug Benefits do not cover:

- over-the-counter drugs
- blood or blood plasma
- drugs obtained or administered in a hospital or other facility, whether part of inpatient or outpatient treatment
- medical devices (other than lancets, syringes, test strips or other supplies or devices prescribed for the treatment of diabetes)
- medications and drugs that require preauthorization, unless preauthorized by the Fund's pharmacy benefit manager
- cosmetic prescriptions, such as drugs for weight loss or hair restoration
- fertility drugs
- anti-smoking drugs
- drugs for which coverage is excluded under **General Exclusions** earlier in this Booklet
- any drug excluded by resolution of the Trustees

The Fund will cover contraceptive drugs and devices that are required to be covered under federal regulations under **Preventive Care Services**, as described earlier in this Booklet. Otherwise, contraceptive drugs and devices are not covered.

The Fund covers up to six doses per month of drugs for treatment of erectile dysfunction, but only when prescribed for a male employee with demonstrated impotency, and when such drug is otherwise covered under the Fund.

Generic Drug Requirement

Generic drugs are pharmaceutical equivalents of certain brand name drugs. If there is a generic equivalent to a brand name drug, the Fund will only pay for the generic drug. However, the Fund will pay for the brand name drug if your physician requires that you use the brand name drug for a valid medical reason acceptable to the pharmacy benefit manager.

If you purchase a brand name drug and there is a generic equivalent, the Fund will only cover the cost of the generic drug. You must pay the generic drug coinsurance plus the difference in price between the cost of the generic drug and the brand name drug. This rule applies even if the pharmacy says it is out of stock of the generic equivalent.

Step Therapy

Step Therapy is a special program that applies if you are taking certain targeted high cost drugs. Step Therapy moves you along a well planned path, with your doctor approving your drugs each step of the way.

- The first step usually lets you begin treatment with generic drugs (if available) that have the lowest cost.
- If your path requires brand name drugs, then the program usually moves you along to the brand name drugs step which has a higher cost than the generic.
- When you submit a prescription that is not for a first-step drug, your pharmacist should contact your doctor. **Your prescription will <u>not</u> be changed to a first-step drug unless your doctor approves the change first.**
- If you have already tried the first-step drug, or your doctor decides you need a different drug for medical reasons, then your doctor can call CVS Caremark to request authorization to move you to a second-step drug. CVS Caremark will determine if a second-step drug is covered. If it is, then you would be moved to the second-step drug and you would have to pay the higher coinsurance. If the second-step drug cannot be covered, you may have to pay the full price for the drug.

Non-participating pharmacies

Most pharmacies participate with CVS Caremark and will accept your prescription drug card. However, if you need to purchase drugs from a non-participating pharmacy, you must first pay for the prescription yourself. Then fill out a drug reimbursement form which you can get from the Fund Office and send the completed form to the address on the form. If the drug you purchased is covered, you will be reimbursed for the average wholesale price of the prescription, minus the coinsurance for which you are responsible.

Medicare Part D

If you are age 65 or over, you are eligible for Medicare coverage, which includes the Medicare prescription drug benefit known as "Medicare Part D". The Fund's prescription drug benefit is, on average for all participants, expected to pay as much in benefits as the standard Medicare Part D prescription drug coverage pays. This means the Fund's prescription drug benefit constitutes "Creditable Coverage" for Medicare purposes, so you can keep your Fund benefit and not pay extra Medicare premiums if you later decide to enroll in Medicare Part D prescription drug coverage.

PrudentRx Solution Program for Specialty Medications

The PrudentRx Solution Program helps you enroll in drug manufacturer copay/coinsurance assistance programs for specialty medications on the Program Drug List. If you enroll in the PrudentRx Solution Program, you pay no coinsurance and no copay for specialty medications on the Program Drug List. The Program Drug List is updated from time to time.

As explained above, specialty medications are not covered at all unless the prescription is filled through the CVS Caremark Specialty Pharmacy.

Copay/coinsurance assistance is a process by which drug manufacturers cover most or all of a patient's copay/coinsurance requirement for certain specialty medications. The PrudentRx Solution Program will help you obtain copay/coinsurance assistance from drug manufacturers for the specialty medication you take.

When you fill a specialty medication prescription through the CVS Caremark Specialty Pharmacy, you will be contacted by PrudentRx, which will help you enroll in any available manufacturer copay/coinsurance assistance programs. **If you do not enroll through the PrudentRx Solution Program, or if you drop out of or do not comply with the Solution Program or manufacturer rules, you must pay 30% coinsurance (instead of 20%) for your specialty medication.**

Copay/coinsurance assistance from a drug manufacturer does not count toward your calendar year out of pocket limit on coinsurance.

Specialty medications that are not on the PrudentRx Program Drug List are subject to the 20% coinsurance explained above.

If you have any questions, PrudentRx can be reached at 800-578-4403.

DENTAL BENEFITS

The Fund covers dental expenses of up to $1,000 per person per calendar year. However, no annual dollar limit applies for dental expenses incurred by persons under age 19.

Orthodontia care is not covered.

The Fund utilizes a network of participating dentists through CIGNA. Although you do not have to use dentists participating in the CIGNA network, participating dentists charge reduced fees for their services. Therefore, using participating dentists can result in savings for you and the Fund. Participating dentists cannot charge more than their contracted fee with CIGNA. The contracted fee is usually less than the dentist's regular fee. You will usually pay more if you use a non-participating dentist. Charges by a participating dentist that exceed the CIGNA contracted fee, and charges by a non-participating dentist that exceed the comparable fee to the CIGNA contracted fee as determined by the Administrator, are not taken into account for any purpose.

The following diagnostic and preventive treatments are covered at 100% of the contracted fee (up to the $1,000 limit described above):

- oral exams, routine, limited and emergency (two per calendar year)
- cleanings (two per calendar year)
- bitewing X-rays (once per 12 month period)
- full mouth/panoramic X-rays (once per 36 month period)
- fluoride treatment
- space maintainers (under age 15 only)

The following restorative, surgical and prosthetic treatments are covered at 70% of the contracted fee (up to the $1,000 limit described above):

- fillings
- anesthesia and sedation (limit 60 minutes per session)
- crowns, inlays and onlays
- root canal
- endodontics
- bridges
- dentures
- extractions
- oral surgery
- periodontal services
- sealants on permanent first and second molars (once per 36 month period, under age 16 only)

Replacement of any basic restoration service (such as fillings) is not covered within 24 months of the previous placement of the restoration. Replacement of advanced restorative services (such as crowns, bridges, dentures) is not covered unless the original restoration is not and cannot be made serviceable, and is not covered within 60 months after the previous placement.

Denture relining, rebasing or adjustments are considered part of the denture charges if provided within six months of insertion by the same dentist. Subsequent denture relining or rebasing is limited to once every three years thereafter.

Dental benefits are NOT payable for the following charges or treatments:

- above the contracted fee
- above $1,000 per person per calendar year
- treatment excluded under **General Exclusions** or by any other limitation in this Booklet
- prosthetic devices and their fitting which were ordered while you were not covered
- dentures, bridges and crowns delivered more than 60 days after your coverage ends
- orthodontic treatment (braces and straightening of teeth) or bite correction, except for space maintainers for persons under age 15
- lost or stolen appliances (bridgework and dentures)
- professional fees to someone who is not a licensed dentist or hygienist
- replacements of covered dentures or bridgework more than once every five years
- engraving of dentures or cosmetic treatment, including veneers and whitening procedures
- implants and related procedures
- mouth guards
- periodontal splinting of teeth, or periodontal services that exceed frequency limitations in guidelines maintained by the Administrator
- temporomandibular joint treatment and appliances

Charges for dental care, including orthodontia, are not covered under **Medical Benefits**.

OTHER PLAN INFORMATION

Experimental Treatment And Medical Necessity

The Fund does not cover any experimental treatments, medical devices or drugs. A treatment, medical device, drug or drug usage is considered experimental if:

- the Trustees or Administrator determine, after considering the opinion of the Fund's medical consultant, any information submitted by the claimant, and any other information they deem appropriate, that it is being studied for safety, efficiency or effectiveness and/or it has not been endorsed for general use within the medical community by government oversight agencies or other appropriate medical specialty societies;

- it is labeled as being for experimental or investigative purposes (or words to that effect);

- the provider describes it in a patient informed consent document or in any other manner as being experimental or investigative in nature (or words to that effect); or

- it cannot be lawfully marketed for the use at issue without approval of the U.S. Food and Drug Administration and it has not been so approved for marketing at the time it is furnished.

Notwithstanding the exclusion of coverage for experimental treatment, but only to the extent necessary to comply with Public Health Service Act Section 2709, coverage is not excluded for, nor are limits or additional conditions imposed on coverage of, routine patient costs for treatment furnished in connection with participation by a qualified individual in an approved clinical trial. The complete rules for this exception are set forth in the legal Plan document, and can be obtained by contacting the Fund Office.

The Fund does not cover any treatments, medical devices, drugs or drug usages that are not medically necessary. A treatment, medical device, drug or drug usage is not medically necessary if the Trustees or Administrator determine, after considering the opinion of the Fund's medical consultant, any information submitted by the claimant, and any other information they deem appropriate, that it is not:

- provided for the diagnosis or direct treatment of an injury or illness;

- appropriate and consistent with the symptoms and diagnosis of the patient's injury or illness;

- provided in accord with generally accepted medical practice on a national basis; and

- the most appropriate supply or level of service which can be provided on a cost effective basis (including but not limited to inpatient versus outpatient treatment and surgical versus non-surgical treatment).

COORDINATION OF BENEFITS

If you or your dependents have any other health plan coverage for any benefit provided by the Fund, all benefit payments will be coordinated with that other coverage. (Coordination does not apply to Life Insurance and AD&D benefits.) Sometimes this Fund will pay first (meaning this Fund pays "primary") and sometimes the other coverage will pay first (meaning this Fund pays "secondary"). In any case, the total amount of benefits you receive from all sources will not exceed the total of your actual expenses.

Coordination is based on all benefits the other health plan coverage could have paid had you or your dependents properly applied for them and followed all the rules of the other coverage. If you or your dependents fail to properly apply for all the benefits the other coverage could have paid, or fail to follow all the rules of the other coverage, the secondary benefits paid by this Fund will assume you received all the benefits the other coverage could have paid.

This Fund always pays secondary to individual health insurance policies. An employer health plan that covers a spouse as an employee is always primary for the spouse's claims. Primary responsibility for claims of children who are covered by health plans of both parents will be paid by the plan of the parent whose birthday is earlier in the calendar year.

There are other coordination of benefits rules contained in the Plan document which are too numerous to list here. If you have any questions about the coordination of benefits rules, contact the Fund Office.

SUBROGATION AND REIMBURSEMENT

If you have an injury, illness or other condition that is covered by the Fund's Medical benefits and for which a third party might be liable, then you must comply with these reimbursement and subrogation provisions as a condition of receiving benefits from the Fund. Failure to comply is grounds for denial of the claim, and can require you to repay any benefits previously received and pay for costs incurred by the Fund. Any reference to "you" or "your" in this section refers to both you and any of your dependents who are covered by the Fund, and includes your or your dependent's legal representative, guardian, estate or heirs.

The Fund's reimbursement and subrogation rights extend to all insurance coverage available to you due to an injury, illness or condition for which the Fund has paid or may pay benefits, including but not limited to liability coverage, uninsured motorist coverage, underinsured motorist coverage, personal umbrella coverage, medical payments coverage, workers compensation coverage, no fault automobile coverage or any first party insurance coverage. The Fund is always secondary to automobile no-fault coverage, personal injury protection coverage, or medical payments coverage.

Any third party contracted by the Fund to enforce these reimbursement and subrogation provisions has the authority and discretion to interpret these provisions and to make any findings of fact necessary to enforce the Fund's rights.

You are obligated to cooperate with the Fund and its agents in order to protect the Fund's reimbursement and subrogation rights. Cooperation means providing the Fund or its agents with any relevant information requested, signing and delivering any documents as the Fund or its agents request, obtaining the written consent of the Fund or its agents before releasing any party from liability, taking actions as the Fund or its agents request to assist the Fund in making a full recovery, and taking no action that may prejudice the Fund's rights. The Fund may withhold payment of any benefits for a claim described in this Section unless you or your attorney first sign a subrogation and reimbursement agreement, which entitles the Fund to recover the amount of benefits paid in connection with the claim.

You or your legal representative must provide written notice to the Fund as soon as practicable, but in no event more than 30 days, after notice is given by or on behalf of you to any party against whom you intend to pursue a claim.

If you enter into litigation or settlement negotiations regarding the obligations of other parties, you must not prejudice the Fund's reimbursement and subrogation rights. This includes, but is not limited to, refraining from making any settlement or recovery that attempts to reduce or exclude the full cost of all benefits provided by the Fund. The Fund has the right to withhold or offset future benefits payments up to the amount of any settlement, judgment, or recovery you obtain, regardless of whether the settlement, judgment or recovery is designated to cover future medical benefits or expenses.

You may not assign any rights you may have to recover medical expenses from any person or entity to your minor child or children without the prior express written consent of the Fund.

You must reimburse the Fund for all attorneys' fees the Fund incurs in successful attempts to recover amounts the Fund is entitled to under this Section, where such fees were incurred by the Fund due to your failure to comply with their obligations under this Section. The Fund has the right to choose the jurisdiction and venue of any dispute involving the Fund's rights under this Section.

Reimbursement.

The Fund's reimbursement rights apply when you receive, or in the future may receive, any amounts by settlement, verdict or otherwise, including from an insurance carrier, for an injury, illness or other condition that is covered by the Fund's benefits (a "Recovery"). If you receive a Recovery, the Fund may subtract the amount of the Recovery from the benefits it would otherwise pay for treatment of the injury, illness or other condition. If there is a possible future Recovery, the Fund may delay paying benefits until the Recovery is received, and then subtract the amount of the Recovery.

You must not disburse, or agree to the disbursement of, any portion of a Recovery until the Fund's rights under this Section have been satisfied.

If the Fund has already paid benefits to you or on your behalf for treatment of an injury, illness or other condition, you must reimburse the Fund from any Recovery received for the amount of

benefits paid by the Fund. Reimbursement must be made on a first dollar basis regardless of whether you are fully compensated by the Recovery. The Fund does not waive its reimbursement rights where your Recovery is not sufficient to fully compensate for your damages. The Fund's right to reimbursement is not affected or reduced by the "make whole doctrine", the "common fund doctrine" or any other defenses or doctrines.

The Fund is not required to contribute to the fees and costs of your personal injury attorney. The Fund's reimbursement rights apply to all settlements and judgments in your favor, no matter how characterized or designated. The Fund is entitled to reimbursement regardless of whether any liability for payment is admitted, and regardless of whether the settlement or judgment identifies the benefits the Fund provided or purports to allocate any portion of such settlement or judgment to payment of expenses other than medical expenses. The Fund is entitled to recover from any and all settlements or judgments, even those designated as pain and suffering, non-economic damages or general damages only. The Fund's claim will not be reduced due to your own negligence.

In order to secure the Fund's reimbursement rights, you, to the full extent of the Fund's claim for reimbursement: (a) grant the Fund a first priority lien against the proceeds of any Recovery received and against any party who is in possession of funds that may ultimately be used for your Recovery; (b) assign to the Fund any benefits you may have under any insurance policy or other coverage and (c) must hold in constructive trust as a fiduciary for the Fund the proceeds of any Recovery received. Failure to hold such proceeds in trust will be deemed a breach of your fiduciary duties to the Fund. By paying, or being obligated to pay, any claims to you or on your behalf, the Fund automatically has the lien and other rights described in this Section.

Subrogation.

The Fund's subrogation rights apply when another party (including an insurance carrier) is or may be liable for your injury, illness or other condition, and the Fund has already paid, or may in the future pay, benefits for treatment of the injury, illness or other condition.

Subrogation means the right of the Fund to pursue a responsible party for expenses paid, or that may in the future be paid, by the Fund resulting from an accident or injury. The Fund has the right to recover from any source of recovery available to you, and you assign to the Fund any rights of recovery you may have.

The Fund is subrogated to all of your rights against any party (including an insurance carrier) that is or may be liable for your injury, illness or other condition or for paying for treatment of the injury, illness or other condition. The Fund is subrogated to the extent of the amount of the benefits it pays to you or on your behalf. The Fund may assert its subrogation right independently of you, without your consent, and whether or not you decide to pursue a claim. The Fund is not required to pay you part of any recovery the Fund may obtain, even if the Fund files suit in your name.

The Fund's Rights.

The Fund has the right to conduct an investigation regarding your injury, illness or condition to identify potential sources of recovery. The Fund may notify all parties and their agents of the Fund's lien under this Section. Agents include, but are not limited to, insurance companies and attorneys.

The Fund has the right under federal and state law, including under the HIPAA privacy regulations, to share your personal health information in exercising the Fund's subrogation and reimbursement rights.

The Fund's legal costs in reimbursement and subrogation matters will be borne by the Fund. However, if you take any action to prevent the Fund from enforcing its reimbursement or subrogation rights, you must reimburse the Fund for any legal expenses that the Fund or its agents incur in enforcing the Fund's rights.

The Fund is only responsible for those legal costs to which it agrees in writing, and will not otherwise bear your legal costs. Your legal costs will be borne by you and not by the Fund.

Workers Compensation Recovery.

If the Fund pays benefits related to an incident, and determines you received or may receive workers compensation benefits for the incident, the Fund has the rights of recovery set forth in this Section. The Fund can exercise its rights of recovery against you.

The Fund's recovery rights apply notwithstanding the fact that:

- The workers compensation benefits are in dispute or are made by means of settlement or compromise;
- No final determination is made that bodily injury or illness was sustained in the course of or resulted from your employment;
- The amount of workers compensation benefits due to the medical or health care received is not agreed upon or defined by you or the workers compensation carrier; or
- The medical or health care benefits are specifically excluded from the workers compensation settlement or compromise.

You must notify the Fund of any workers compensation claim you make, and are bound by the Fund's rights of reimbursement and subrogation set forth in this Section.

PROHIBITION ON ASSIGNMENT OF BENEFITS

No benefit payment, or claim of a right to or cause of action for a benefit payment under the Fund, may be transferred or assigned to another person or entity, and no attempted transfer or assignment will be recognized by the Fund. The Fund may make direct payment of benefits to providers in accordance with arrangements between the Fund and the providers. However, such a payment

does not make the provider an assignee, does not constitute acceptance by the Fund of an attempt to assign a benefit payment or claim of right to or cause of action for a benefit payment, and in no way confers upon the provider any rights that a participant has under the Fund or ERISA.

CLAIMS AND APPEALS RULES

Following is a summary of the Fund's rules for filing claims and appealing claim denials. The complete Claims and Appeals rules are set forth in the NPL Plan document, and are available free of charge from the Fund Office.

The Fund's claims and appeal rules do not apply unless you have a claim. A "claim" is either (1) a request for coverage of treatment you have already received or (2) a request for preauthorization of coverage for treatment you want to receive. You also have a "claim" if your pharmacy refuses to fill a prescription based on information received from the Fund Office or the Fund's pharmacy benefit manager. A decision by your doctor that you do not need treatment is not a claim covered by the rules. The Fund's managed care provider (currently, American Health Holdings), handles all requests for preauthorization of hospital admissions and other treatment requiring preauthorization. The Fund's pharmacy benefits manager (currently, CVS Caremark) handles all requests for preauthorization of prescription drugs and specialty medications.

Urgent Care Claims, Pre-Service Claims and Post-Service Claims

The filing requirements and the claims and appeal rules differ depending on whether you have an "Urgent Care Claim," a "Pre-Service Claim" or a "Post-Service Claim". There are special rules if a preauthorized hospital admission is reduced, or if you want to extend a preauthorized hospital admission. Any treatment that requires preauthorization as described in this Booklet (such as a hospital admission) is a Pre-Service Claim. Some Pre-Service Claims can be Urgent Care Claims. Treatment that doesn't require preauthorization is handled under the Post-Service Claims rules.

Treatment is for Urgent Care if following the time limits for deciding Pre-Service Claims:

- could seriously jeopardize the life or health of the patient or the ability of the patient to regain maximum function, or
- in the opinion of the patient's doctor, would subject the patient to severe pain that cannot be adequately managed without the treatment requested.

In general, whether treatment is for Urgent Care is determined by the Fund Office. However, if the patient's doctor determines that the treatment is for Urgent Care, it will be handled as an Urgent Care Claim.

A treatment that does not need to be preauthorized is a "Post-Service Claim".

Filing a Claim

For preauthorization of a hospital admission (either a regular hospital admission or for mental health or substance use disorder treatment), the hospital or facility should contact American Health

Holdings **at the number shown on your CWTF member card**. Other Pre-Service Claims should be filed with the Fund Office the same way you file a Post-Service Claim.

To file a Post-Service Claim, you or your provider must submit a claim as explained earlier in this Booklet. If your pharmacy refuses to fill a prescription, call the Fund Office for information about how to pursue getting your prescription filled. To avoid delay in handling your claim, answer all questions completely and accurately.

Reducing or Extending a Preauthorized Hospital Admission

After American Health Holdings preauthorizes a hospital admission, it may in rare cases later determine that the number of days should be reduced. If that happens, American Health Holdings will notify you in advance and give you time to file an appeal before the reduction takes effect. If American Health Holdings preauthorizes a hospital admission, and you or your doctor want more days preauthorized, you or your doctor must request additional days from American Health Holdings.

Authorized Representative

An authorized representative may file a claim or appeal a denial of benefits for you. To name an authorized representative, you must use a Designation of Authorized Representative form which you can get from the Fund Office. You do not need to use a Designation of Authorized Representative form for your doctor to file or appeal an Urgent Care Claim.

Claims and Appeals Rules

If your claim for benefits is denied in whole or in part, you must follow these rules and exhaust your appeal rights before you may file suit in court. Once your claim has been filed and the Fund Office has all of the necessary information, your claim will be processed and you will be notified of the decision.

NOTE: All requests for preauthorization of a hospital admission or a transplant must be made to American Health Holdings, <u>not</u> to the Fund Office. If preauthorization of a hospital admission or a transplant is denied in whole or in part and you or your provider want to appeal the denial, you must do so in accordance with American Health Holdings Appeals Procedures. If preauthorization is still denied in whole or in part after you go thru American Health Holdings Appeals Procedures, then you can appeal to the Fund's Trustees as explained below.

The following rules for filing claims with the Fund Office apply **only** to claims **other than** requests for preauthorization of hospital admissions or transplants.

Urgent Care Claims

If an Urgent Care Claim is improperly filed, the Fund Office will notify you within 24 hours. You can request a written copy of an oral notice. Unless additional information is needed, you will be notified of an Urgent Care Claim decision within 72 hours after the claim is properly filed.

Pre-Service Claims

If a Pre-Service Claim is improperly filed, the Fund Office will notify you within five days. You can request a written copy of an oral notice. Unless additional information is needed, you will be notified of a Pre-Service Claim decision within 15 days after the claim is properly filed. If there are matters beyond the Fund Office's control, the time limit may be extended up to 15 more days. If there is an extension, you will be told why and when a decision is expected.

Post-Service Claims

Unless additional information is needed, if a Post-Service Claim for medical benefits is denied, you will be notified within 30 days after the claim is properly filed. If there are matters beyond the Fund Office's control, the time limit may be extended up to 15 more days. If there is an extension, you will be told why and when a decision is expected.

If Additional Information is Needed

Pre-Service and Post-Service Claims

If the Fund Office needs more information to decide a Pre-Service or Post Service Claim, you will be told what information is needed and you will have 45 days to supply it. The time limit for the Fund Office to decide your claim is suspended until you supply the requested information. If you do not supply the information within 45 days, your claim will be processed without the additional information and reasonable presumptions may be drawn from your failure to provide the information.

Urgent Care Claims

If the Fund Office needs more information to decide an Urgent Care Claim, you will be told what information is needed and how long you have to supply it (you will have at least 48 hours). The time limit for the Fund Office to decide your Urgent Care Claim is suspended until you supply the requested information.

You will be notified of the Fund Office's decision on your Urgent Care Claim within 72 hours after you supply the requested information (or after the time to supply the requested information expires). If you don't supply the information on time, your claim will be processed without the additional information and reasonable presumptions may be drawn from your failure to provide the information.

If Your Claim is Denied

You will be notified in writing if your claim is denied in whole or in part. The notice will tell you why the claim was denied and the Plan provisions on which the denial is based. It will also describe any additional information that could change the decision and how you can Appeal to the Trustees.

The notice will tell you if an internal rule or guideline was relied on to deny your claim, or if your claim was denied because the treatment is not medically necessary or is experimental. For an Urgent Care Claim, the notice will explain the expedited Appeal process.

If you think the Fund Office made a mistake in denying your claim, or if you are otherwise dissatisfied with a claim decision, you may Appeal to the Trustees. You may also Appeal to the Trustees if after you go thru the American Health Holdings Appeals Procedures you still think American Health Holdings made a mistake.

Your Appeal must be filed within 180 days after you are notified that your claim has been denied. **If you do not file an Appeal within that time limit, you lose all rights to appeal and you cannot sue in court.**

Except for an appeal of a denial of an Urgent Care Claim, your Appeal must be in writing. You may hand deliver it to the Fund Office or send it by mail.

An Appeal of a denial of an Urgent Care Claim may be oral or in writing. You or your doctor should supply all information for an Urgent Care Claim Appeal by hand delivery to the Fund Office, by telephone to 410-884-1406 or by fax to 410-997-3657.

All Appeals will be submitted to the Board of Trustees or to a subcommittee of the Trustees. You may submit written comments and any other information relating to your claim. The Trustees will consider everything you submit. Upon written request, you will be provided with reasonable access to and free copies of all Plan documents, records and other information relevant to your Appeal.

If the denial of your claim involved a medical judgment (such as whether a treatment is experimental or medically necessary), the Trustees will consult with a health care professional with training and experience in the field of medicine involved. If medical or vocational experts were consulted when your claim was denied, they will be identified upon your request.

When Your Appeal Will Be Decided

The time when your Appeal will be decided depends on whether it involves an Urgent Care Claim, a Pre-Service Claim, a Post-Service Claim, or a reduction of, or denial of a request to extend, a preauthorized hospital admission.

- Urgent Care Claim – You will be notified of the decision within 72 hours after your Appeal is filed.

- Pre-Service Claim – You will be notified of the decision within 30 days after your Appeal is filed.

- Post-Service Claim – The Trustees will decide your Appeal at their next regular meeting after your Appeal is filed. If your Appeal is filed less than 30 days before the next regular meeting, the Trustees might not be able to decide your Appeal until the

second regular meeting after it is filed. If more time is needed to decide your Appeal, the Trustees can wait until their third regular meeting to decide. If an extension is needed, you will be told why and when a decision is expected. You will be notified of the Trustees' decision on your Appeal within five days after it is decided.

- Reduction of, or request to extend, a preauthorized hospital admission – You will be notified of the decision within 30 days after your Appeal is filed.

You will be sent a written notice of the Trustees' decision. If your Appeal is denied, the notice will tell you why and the specific Plan provisions on which the denial is based. The notice will tell you if an internal rule or guideline was relied on to deny your Appeal, or if your Appeal was denied because the treatment is not medically necessary or is experimental.

If you disagree with the Trustees' decision on your Appeal, you may bring a civil action against the Fund under ERISA Section 502.

The Trustees may not make any decisions regarding hiring, compensation, termination, promotion or other similar matters regarding the retention of any individual based on the likelihood that the individual will support the Trustees' denial.

External Review

The Trustees have implemented an external review program as required under federal law. If you do not agree with the Trustees' decision on your appeal, you may request an external review of the Trustees' decision. The external review will be conducted by an independent review organization ("IRO") retained by the Trustees. If you wish to appeal to an IRO, contact the Fund Office for more information.

PROTECTED HEALTH INFORMATION

The Fund may create or obtain information that relates to your physical or mental health condition, treatment or payment for your health care. When this information is individually identifiable to you, it is called "Protected Health Information (PHI)". The Fund may disclose PHI to the Trustees, and the Trustees may use or disclose PHI obtained from the Fund, only for Fund administration purposes, as set forth in the Fund's Health and Welfare Plan document.

The Fund has a Notice of Privacy Practices which describes how your PHI may be used and disclosed and how you can get access to your PHI. You may request a copy of the Notice from the Fund Office at any time.

The Fund has also implemented safeguards that protect the confidentiality, integrity and availability of PHI which is transmitted or maintained by electronic media.

SPECIAL RULES FOR CERTAIN OUT OF NETWORK PROVIDERS

Special rules apply to coverage of charges for treatment furnished by out-of-Network providers if you receive non-emergency services by an out-of-Network provider during or in connection with a visit to a facility that participates with the Fund's provider Network. For these special rules, "facility" means a hospital (including the outpatient department) or an ambulatory surgical center.

When these special rules apply, charges by the out-of-Network provider are covered under the Fund as though you received treatment from a Network provider. This means:

- Your 40% coinsurance share of the charges is reduced to 20%, and will be based on the **recognized amount**, not the amount charged by the out-of-Network provider.

- Except as described below, you are not legally responsible for out-of-Network provider charges that exceed the **recognized amount**, and the out-of-Network provider cannot "balance bill" you for those charges.

Recognized amount means the median in Network rate recognized by the Fund in accordance with regulations issued under ERISA Section 716.

Notice and Consent Exception

Charges for certain non-emergency services furnished by out-of-Network providers during or in connection with a visit to a Network provider facility are exempt from the prohibition on balance billing set forth above, but only if the provider gives you (or your authorized representative) advance written notice that you will be responsible for charges that exceed the **recognized amount**, and you (or your authorized representative) consent to be responsible for the charges.

The following items and services are ***not*** eligible for the notice and consent exception, and therefore remain subject to the prohibition on balance billing described above:

- ancillary services, meaning items and services related to emergency medicine, anesthesiology, pathology, radiology, and neonatology, whether provided by a physician or non-physician practitioner;
- items and services provided by assistant surgeons, hospitalists, and intensivists;
- diagnostic services, including radiology and laboratory services;
- items and services provided by an out-of-Network provider if there is no Network provider who can furnish the item or service at the in Network facility;
- items or services furnished as a result of unforeseen, urgent medical needs that arise at the time an item or service is furnished, regardless of whether the out-of-Network provider satisfied the notice and consent requirements.

The notice and consent requirements are regulated by federal law and enforced by the United States Department of Health and Human Services. The Fund is not involved in the notice and consent process. The Fund does not cover balance billing by an out-of-Network provider under any circumstances.

CONTINUITY OF CARE

If you are a continuing care patient (defined below) who is being treated by a Network provider or as an inpatient in a Network facility, and the provider or facility leaves the Network and becomes an out-of-Network provider, the following continuity of care provisions will apply to you. These provisions do not apply if the provider or facility leaves the Network due to failure to meet applicable quality standards or for fraud.

You will be notified that the provider or facility is leaving the Network, and of your right to notify the Administrator that you need continuing transitional care. If you notify the Administrator that you need continuing transitional care, you will be given the opportunity to elect continuing transitional care from the provider or in the facility. If you make the continuing transitional care election, your treatment by that provider or in that facility as a continuing care patient will be covered by the Fund as though the provider or facility had not left the Network. This continuing transitional care will last until 90 days after the notice that the provider or facility is leaving the Network was sent to you, or until you are no longer a continuing care patient of that provider or in that facility, whichever comes first.

A continuing care patient is someone who, in connection with treatment by a Network provider, or while an inpatient in a Network facility, is:

- undergoing a course of treatment for a serious and complex condition
- undergoing a course of institutional or inpatient care
- scheduled to undergo nonelective surgery, including receipt of postoperative care
- pregnant and undergoing a course of treatment for the pregnancy, or
- determined to be terminally ill (meaning a life expectancy of six months or less) and is receiving treatment for such illness

Serious and complex condition means:

- in the case of an acute illness, a condition that is serious enough to require specialized medical treatment to avoid the reasonable possibility of death or permanent harm, or
- in the case of a chronic illness or condition, a condition that is life-threatening, degenerative, potentially disabling, or congenital, and that requires specialized medical care over a prolonged period of time.

YOUR LEGAL RIGHTS

As a participant covered by the Construction Workers' Trust Fund, you have certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). ERISA provides that all participants are entitled to:

- Examine, without charge, at the Fund Office all Plan documents, including insurance contracts, collective bargaining agreements and copies of all documents filed by the Fund with the U.S. Department of Labor, such as detailed annual reports and plan descriptions.

- Obtain copies of all Plan documents and other Fund information upon written request to the Fund Office. The Fund may make a reasonable charge for these copies.

- Receive a summary of the Fund's annual financial report. The Fund is required by law to furnish each participant with a copy of this summary annual report.

In addition to creating certain rights for Fund participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the Fund. The people who operate your Fund, called "fiduciaries" of the Fund, have a duty to do so prudently and in the interest of you and other Fund participants and beneficiaries. No one, including your employer, your union, or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way for the purpose of preventing you from obtaining a benefit or exercising your rights under ERISA. If your claim for a benefit is denied in whole or in part you must receive a written explanation of the reason for the denial. You have the right to have the Trustees review and reconsider your claim. Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. If you have a claim for benefits which is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or federal court. In addition, if you disagree with the Trustees' decision or lack thereof concerning the qualified status of a medical child support order, you may file suit in federal court. If Fund fiduciaries misuse the Fund money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous. If you have any questions about your Fund, you should contact the Fund Office. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, you should contact the nearest Office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory, or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

THE TRUSTEES HAVE THE DISCRETIONARY AUTHORITY TO DETERMINE ELIGIBILITY FOR BENEFITS AND TO DETERMINE ALL FACTS RELEVANT TO ELIGIBILITY FOR BENEFITS. THE TRUSTEES HAVE THE DISCRETIONARY AUTHORITY TO INTERPRET ANY PROVISION OF THE FUND'S TRUST AGREEMENT, THE HEALTH AND WELFARE PLAN DOCUMENT, THE INSURANCE POLICIES AND THE REGULATIONS ADOPTED BY THE TRUSTEES. THE TRUSTEES

MAY CHANGE OR END ANY FUND BENEFIT OR PROVISION, AT ANY TIME, IN THE BEST INTEREST OF THE FUND AND ITS BENEFICIARIES.

THIS SUMMARY PLAN DESCRIPTION BOOKLET IS ONLY A SUMMARY. BENEFITS ARE CONTROLLED BY THE TERMS OF THE FUND'S TRUST AGREEMENT, THE HEALTH AND WELFARE PLAN DOCUMENT, THE INSURANCE POLICIES, AND REGULATIONS ADOPTED BY THE TRUSTEES. IN CASE OF A DIFFERENCE IN WORDING BETWEEN THIS SUMMARY PLAN DESCRIPTION BOOKLET AND SUCH ITEMS, THE TRUST AGREEMENT, PLAN DOCUMENT, INSURANCE POLICIES AND/OR THE REGULATIONS WILL PREVAIL.

IMPORTANT NOTICE ABOUT YOUR CONTINUATION COVERAGE RIGHTS UNDER COBRA

This Notice contains important information about your right to COBRA Coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. The right to COBRA Coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA may be available to you and to other members of your family who are covered under the Plan when you would otherwise lose your Regular Coverage. This Notice generally explains COBRA Coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect the right to receive it. This Notice gives only a summary of your COBRA Coverage rights. **For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, refer to the discussion of COBRA Coverage earlier in this Booklet.**

COBRA Coverage

COBRA Coverage is a continuation of Plan coverage when Regular Coverage would otherwise end because of a life event known as a "qualifying event." Specific qualifying events are described later in this Notice. COBRA Coverage is available to each person who is a "qualified beneficiary." A qualified beneficiary is someone who will lose Regular Coverage under the Plan because of a qualifying event. Depending on the type of qualifying event, employees, spouses and their dependent children may be qualified beneficiaries. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA Coverage must pay a premium for COBRA Coverage.

If you are an employee, you will become a qualified beneficiary if you lose your Regular Coverage under the Plan because your hours of employment for which contributions are received are insufficient to continue your Regular Coverage.

If you are the spouse of an employee, you will become a qualified beneficiary if you lose your Regular Coverage under the Plan because any of the following qualifying events happens:

(1) Your spouse dies;
(2) Your spouse's hours of employment for which contributions are received are insufficient to continue your Regular Coverage under the Plan;
(3) Your spouse becomes enrolled in Medicare (Part A, Part B, or both); or
(4) You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose Regular Coverage under the Plan because any of the following qualifying events happens:

(1) The parent-employee dies;
(2) The parent-employee's hours of employment for which contributions are received are insufficient to continue Regular Coverage under the Plan;
(3) The parent-employee becomes enrolled in Medicare (Part A, Part B, or both);
(4) The parents become divorced or legally separated; or
(5) The child stops being eligible for Regular Coverage under the Plan as a "dependent child".

The Plan will offer COBRA Coverage to qualified beneficiaries only after the Fund Office has been notified that a qualifying event has occurred. When the qualifying event is the end of employment or insufficient hours of employment, death of the employee, or enrollment of the employee in Medicare (Part A, Part B, or both), you do not have to notify the Fund Office.

For the other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for Regular Coverage as a dependent child), you or a family member must notify the Fund Office in writing within 60 days after the qualifying event occurs. The notice must be sent to: Construction Workers' Trust Fund, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. If the notice is not properly sent within 60 days after the qualifying event occurs, no COBRA Coverage will be available.

Once the Fund Office receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA Coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. For each qualified beneficiary who elects COBRA Coverage, the Coverage will begin on the date that Regular Coverage would otherwise have been lost. If COBRA Coverage is not properly elected, Plan coverage for the qualified beneficiaries will permanently end.

COBRA Coverage is a temporary continuation of coverage. When the qualifying event is the death of the employee, enrollment of the employee in Medicare (Part A, Part B, or both), your divorce or legal separation or a dependent child losing eligibility as a dependent child, COBRA Coverage can last for up to 36 months. (Note – a qualifying event means a loss of Regular Coverage. If an employee loses COBRA Coverage because of Medicare enrollment, that is not a qualifying event.)

When the qualifying event is insufficient hours of contributions, COBRA Coverage can last for up to 18 months. You and your dependents can have COBRA Coverage for up to 24 months if you don't have enough hours because you are called up for military duty that is covered by the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (commonly known as "USERRA"). There are two ways in which this 18 (or 24) month period of COBRA Coverage can be extended.

Disability extension

If you or anyone in your family who is covered under the Plan is determined by the Social Security Administration to be disabled at any time during the first 60 days of COBRA Coverage and the Fund Office is notified in a timely fashion, you and your entire family (who were covered under the Plan) can receive up to an additional 11 months of COBRA Coverage, for a total maximum of 29 months. **In order to receive these 11 additional months of COBRA Coverage, you or a family member must notify the Fund Office in writing of the Social Security Administration's determination within 60 days after the later of the date of the determination or the date Regular Coverage is lost, and before the end of the 18-month period of COBRA Coverage. This notice must be sent to: Construction Workers' Trust Fund, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044.** If the Social Security Administration determines that you or your family member is no longer disabled, then the additional 11 months of COBRA Coverage no longer applies and you must notify the Fund Office in writing within 30 days after receipt of the Social Security determination.

Second qualifying event extension

If your family experiences another qualifying event while receiving COBRA Coverage, your spouse and dependent children can receive additional months of COBRA continuation coverage, up to a maximum of 36 months (measured from when COBRA coverage first began). This extension is available to the spouse and dependent children if the employee dies, gets divorced or legally separated. The extension is also available to a dependent child when that child is no longer eligible under the Plan as a dependent child. **In all of these cases, you or a family member must notify the Fund Office in writing of the second qualifying event within 60 days of the second qualifying event. This notice must be sent to: Construction Workers' Trust Fund, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. If this notice is not given on time, your spouse or children will not receive additional months of COBRA continuation coverage.**

Termination of COBRA

COBRA Coverage will end before the end of the 18, 24, 29 or 36 month periods described above if any of the following happen:

- A covered individual becomes covered under another group medical plan after COBRA Coverage is elected (unless a pre-existing condition limitation would prevent the individual from receiving benefits from the new plan for a particular illness or injury);
- A covered individual enrolls in Medicare after COBRA Coverage is elected;
- The required premium for COBRA Coverage is not received on time;
- You make a false or fraudulent claim for benefits of the type that would cause someone to lose Regular Coverage; or
- The CWTF stops providing group medical coverage for all active employees.

If You Have Questions

If you have questions about your COBRA Coverage, you should contact the Fund Office, 410-884-1406, or you may contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA). Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website at www.dol.gov/ebsa.

Keep Your Plan Informed of Address Changes

In order to protect your family's rights, you should keep the Fund Office informed of any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy for your records of any notices you send to the Fund Office.

Instructions for Finding Providers that Belong to Your Network

As explained near the front of this Booklet, there are two different preferred provider Networks for CWTF members. To find a provider that belongs to your Network, use the steps set forth below. You may also call CareFirst at 800-235-5160 for help.

The steps below are in effect when this Booklet is published. CareFirst may update its website from time to time, so the steps to find a provider may change.

As explained near the front of this Booklet, you are covered by the FlexLink Network if the front of your CWTF ID card has a small suitcase in the bottom right corner with "PPO" written in the suitcase. You are covered by the CareFirst Network if "PPO" is not written in a small suitcase on your ID card.

To Find FlexLink Network providers:

A. Go to www.carefirst.com

B. Click on "Providers & Facilities" in the black strip at the top of the page

C. Under "Find A Doctor", click on "Find a Doctor or Health Care Facility"

D. Click on the blue "Search Now" box in the middle of the page

E. Click on the "Continue as Guest" box in the middle of the page

F. At the top of the page, under "Network" change the option to "BluePreferred" (unless "BluePreferred" already appears)

G. At the top right of the page, under "City, state or zip" enter the city, state or zip code of the provider or facility you are looking for. Or, click on the arrow to "Use Current Location".

H. Type the name of the provider or specialty in the search box with the magnifying glass. Or, click on one of the "Common Searches" to browse by provider type.

To Find CareFirst Network providers:

A. Go to www.carefirst.com

B. Click on "Providers & Facilities" in the black strip at the top of the page

C. Under "Find A Doctor", click on "Find a Doctor or Health Care Facility"

D. Click on the blue "Search Now" box in the middle of the page

E. Do not log in. Instead, click on the "CareFirst – Network Leasing" box at the bottom left of the page

F. At the top right of the page, under "City, state or zip" enter the city, state or zip code of the provider or facility you are looking for. Or, click on the arrow to "Use Current Location".

G. Type the name of the provider or specialty in the search box with the magnifying glass. Or, click on one of the "Common Searches" to browse by provider type.

Instrucciones para encontrar proveedores que pertenezcan a su red

Como se explica cerca de la portada de este folleto, existen dos redes de proveedores preferidos diferentes para los miembros de CWTF. Para encontrar un proveedor que pertenezca a su red, siga los pasos que se indican a continuación. También puede llamar a CareFirst al 800-235-5160 si necesita ayuda.

Los pasos que se indican a continuación están vigentes para cuando se publique este folleto. CareFirst puede actualizar su sitio web de vez en cuando, por lo que los pasos para encontrar un proveedor pueden cambiar.

Como se explica cerca de la portada de este folleto, usted está cubierto por la red, FlexLink Network, si el anverso de su tarjeta de identificación CWTF tiene una pequeña maleta en la esquina inferior derecha con la palabra "PPO" escrita en la maleta. Está cubierto por la red, CareFirst Network, si "PPO" no está escrito en una pequeña maleta en su tarjeta de identificación.

Para encontrar proveedores de FlexLink Network:

A. Vaya a www.carefirst.com

B. Haga clic en "Providers & Facilities" en la franja negra de la parte superior de la página

C. En "Find A Doctor", haga clic en "Find a Doctor or Health Care Facility"

D. Haga clic en la casilla azul "Search Now" situada en el centro de la página

E. Haga clic en la casilla "Continue as Guest" situada en el centro de la página

F. En la parte superior de la página, en "Network" cambie la opción a "BluePreferred" (salvo que ya aparezca "BluePreferred")

G. En la parte superior derecha de la página, en "City, state or zip" ingrese la ciudad, el estado o el código postal del proveedor o centro que busca. O bien, haga clic en la flecha para "Use Current Location".

H. Escriba el nombre del proveedor o especialidad en el cuadro de búsqueda con la lupa. O bien, haga clic en una de las "Common Searches" para buscar por tipo de proveedor.

Para encontrar proveedores de CareFirst Network:

A. Vaya a www.carefirst.com

B. Haga clic en "Providers & Facilities" en la franja negra de la parte superior de la página

C. En "Find A Doctor", haga clic en "Find a Doctor or Health Care Facility"

D. Haga clic en la casilla azul "Search Now" situada en el centro de la página

E. No inicie sesión. En su lugar, haga clic en la casilla "CareFirst – Network Leasing" situada en la parte inferior izquierda de la página

F. En la parte superior derecha de la página, en "City, state or zip" ingrese la ciudad, el estado o el código postal del proveedor o centro que busca. O bien, haga clic en la flecha para "Use Current Location".

G. Escriba el nombre del proveedor o especialidad en el cuadro de búsqueda con la lupa. O bien, haga clic en "Common Searches" para buscar por tipo de proveedor.

Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. Si la Administración del Seguro Social determina que usted o un miembro de su familia ya no está incapacitado, entonces los 11 meses adicionales de Cobertura COBRA ya no serán aplicables y deberá notificarlo por escrito a la Oficina del Fondo en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la determinación del Seguro Social.

Segunda extensión por evento calificativo

Si su familia experimenta otro evento calificativo mientras recibe la Cobertura COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses (medidos desde que comenzó la cobertura COBRA por primera vez). Esta extensión está disponible para el cónyuge y los hijos dependientes si el empleado fallece, se divorcia o se separa legalmente. La extensión también está disponible para un hijo dependiente cuando éste deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. **En todos estos casos, usted o un miembro de su familia deberán notificar por escrito a la oficina del Fondo el segundo evento calificativo en un plazo de 60 días a partir del segundo evento calificativo. Esta notificación debe enviarse a Construction Workers' Trust Fund, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. Si esta notificación no se envía a tiempo, su cónyuge o sus hijos no recibirán meses adicionales de continuación de cobertura COBRA.**

Terminación de COBRA

La Cobertura COBRA finalizará antes de que concluyan los periodos de 18, 24, 29 o 36 meses descritos anteriormente si se produce alguno de los siguientes casos:

- Un individuo cubierto pasa a estar cubierto por otro plan médico colectivo después de haber elegido la Cobertura COBRA (salvo que una limitación por enfermedad preexistente impidiera al individuo recibir beneficios del nuevo plan por una enfermedad o lesión concreta);
- Un individuo cubierto se inscribe en Medicare después de haber seleccionado la Cobertura COBRA;
- No se recibe a tiempo la prima requerida para la Cobertura COBRA;
- Hace una reclamación falsa o fraudulenta de beneficios del tipo que haría que alguien perdiera la Cobertura Regular; o
- La CWTF deja de proporcionar cobertura médica de grupo a todos los empleados en activo.

Si tiene preguntas

Si tiene preguntas sobre su cobertura COBRA, debe ponerse en contacto con la oficina del Fondo, 410-884-1406, o puede ponerse en contacto con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Ministerio de Trabajo de EE.UU.. Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles a través de la página web de EBSA en www.dol.gov/ebsa.

Mantenga informado a su Plan de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informada a la oficina del Fondo de cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. También debe conservar una copia para sus archivos de cualquier notificación que envíe a la oficina del Fondo.

El Plan ofrecerá la Cobertura COBRA a los beneficiarios capacitados sólo después de que se haya notificado a la oficina del Fondo que se ha producido un evento calificativo. Cuando el evento calificativo sea el fin del empleo o la insuficiencia de horas de empleo, la muerte del empleado o la inscripción del empleado en Medicare (Parte A, Parte B o ambas), no tendrá que notificarlo a la Oficina del Fondo.

En el caso de los demás acontecimientos que cumplan los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura regular como hijo dependiente), usted o un miembro de su familia deberán notificarlo por escrito a la oficina del Fondo en un plazo de 60 días a partir de que se produzca el acontecimiento que cumpla los requisitos. La notificación debe enviarse a Construction Workers' Trust Fund, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. Si la notificación no se envía correctamente en un plazo de 60 días después de que se produzca el evento calificativo, no estará disponible la Cobertura COBRA.

Una vez que la oficina del Fondo reciba la notificación de que se ha producido un evento calificativo, se ofrecerá la Cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios capacitados. Para cada beneficiario capacitado que elija la Cobertura COBRA, ésta comenzará en la fecha en la que, de lo contrario, se habría perdido la Cobertura Regular. Si la Cobertura COBRA no se elige correctamente, la cobertura del Plan para los beneficiarios capacitados finalizará de forma permanente.

La Cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificativo es el fallecimiento del empleado, la inscripción del empleado en Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal o un hijo dependiente que pierde la elegibilidad como hijo dependiente, la Cobertura COBRA puede durar hasta 36 meses. (Nota – un evento calificativo significa una pérdida de Cobertura Regular. Si un empleado pierde la Cobertura COBRA debido a la inscripción en Medicare, eso no es un evento calificativo).

Cuando el evento calificativo es el fin del empleo o la insuficiencia de cotizaciones, la Cobertura COBRA puede durar hasta 18 meses. Usted y sus dependientes pueden tener una Cobertura COBRA de hasta 24 meses si no tienen suficientes horas o si finaliza su empleo porque les llaman a filas para cumplir un servicio militar cubierto por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (conocida comúnmente como “USERRA”, por sus siglas en inglés). Existen dos formas de prolongar este periodo de 18 (o 24) meses de Cobertura COBRA.

Extensión por incapacidad

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de Cobertura COBRA y se notifica a la Oficina del Fondo a tiempo, usted y toda su familia (que estuvieran cubiertos por el Plan) pueden recibir hasta 11 meses adicionales de Cobertura COBRA, con un máximo total de 29 meses. **Para recibir estos 11 meses adicionales de Cobertura COBRA, usted o un miembro de su familia deben notificar por escrito a la Oficina del Fondo la determinación de la Administración del Seguro Social en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la determinación o de la fecha en que se pierde la Cobertura Regular, la que sea posterior, y antes de que finalice el periodo de 18 meses de Cobertura COBRA. Esta notificación debe enviarse a Construction Workers' Trust Fund, 7130 Columbia Gateway**

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

Esta notificación contiene información importante sobre su derecho a la Cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. El derecho a la Cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan cuando, de lo contrario, perdería su Cobertura Regular. Esta Notificación explica de forma general la Cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger el derecho a recibirla. Esta Notificación sólo ofrece un resumen de sus derechos de Cobertura COBRA. **Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, consulte el apartado sobre la Cobertura COBRA que figura anteriormente en este folleto.**

Cobertura COBRA

La cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, la cobertura ordinaria finalizaría debido a un acontecimiento vital conocido como "evento calificativo". Los eventos calificativos específicos se describen más adelante en esta Notificación. La Cobertura COBRA está disponible para toda persona que sea un "beneficiario calificado". Un beneficiario capacitado es una persona que perderá la cobertura ordinaria del Plan debido a un evento calificativo. Dependiendo del tipo de evento calificativo, los empleados, cónyuges y sus hijos dependientes pueden ser beneficiarios calificados. En virtud del Plan, los beneficiarios capacitados que elijan la Cobertura COBRA deberán pagar una prima por la Cobertura COBRA.

Si es empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su Cobertura Regular bajo el Plan porque sus horas de empleo por las que se reciben cotizaciones son insuficientes para continuar su Cobertura Regular.

Si es usted cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde la cobertura regular del plan porque se produce alguno de los siguientes eventos calificativos:

(1) Fallece su cónyuge;
(2) Las horas de empleo de su cónyuge por las que se reciben cotizaciones son insuficientes para continuar su cobertura ordinaria según el Plan;
(3) Su cónyuge se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
(4) Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la Cobertura Regular del Plan porque se produce alguno de los siguientes eventos calificativos:

(1) El padre-empleado fallece;
(2) Las horas de empleo del padre/madre-empleado por las que se reciben cotizaciones son insuficientes para continuar con la Cobertura Regular del Plan;
(3) El padre/madre-empleado pasa a estar afiliado a Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
(4) Los padres se divorcian o separan legalmente; o
(5) El hijo deja de ser elegible para la Cobertura Regular del Plan como "hijo dependiente".

TODOS LOS HECHOS RELEVANTES PARA SER ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS. LOS FIDEICOMISARIOS TIENEN AUTORIDAD DISCRECIONAL PARA INTERPRETAR CUALQUIER ESTIPULACIÓN DEL ACUERDO FIDUCIARIO DEL FONDO, EL DOCUMENTO DEL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR, LAS PÓLIZAS DE SEGURO Y LAS NORMAS ADOPTADAS POR LOS FIDEICOMISARIOS. LOS FIDEICOMISARIOS PUEDEN MODIFICAR O PONER FIN A CUALQUIER BENEFICIO O ESTIPULACIÓN DEL FONDO, EN CUALQUIER MOMENTO, EN INTERÉS DEL FONDO Y DE SUS BENEFICIARIOS.

ESTE FOLLETO DE DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN ES SÓLO UN RESUMEN. LOS BENEFICIOS SE RIGEN POR LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO FIDUCIARIO DEL FONDO, EL DOCUMENTO DEL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR, LAS PÓLIZAS DE SEGURO Y LAS NORMAS ADOPTADAS POR LOS FIDEICOMISARIOS. EN CASO DE DIFERENCIA DE REDACCIÓN ENTRE ESTE FOLLETO DE DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN Y DICHOS ARTÍCULOS, PREDOMINARÁN EL ACUERDO FIDUCIARIO, EL DOCUMENTO DEL PLAN, LAS PÓLIZAS DE SEGURO Y/O LOS REGLAMENTOS.

SUS DERECHOS LEGALES

Como participante cubierto por el Construction Workers' Trust Fund, tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes tienen derecho a:

- Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Fondo todos los documentos del Plan, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos de negociación colectiva y las copias de todos los documentos presentados por el Fondo ante el Ministerio de Trabajo de EE.UU., como los informes anuales detallados y las descripciones del plan.

- Obtenga copias de todos los documentos del Plan y demás información del Fondo previa solicitud por escrito a la oficina del Fondo. El Fondo puede cobrar una cantidad razonable por estas copias.

- Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. El Fondo está obligado por ley a entregar a cada participante una copia de este resumen de informe anual.

Además de crear ciertos derechos para los participantes del Fondo, ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento del Fondo. Las personas que gestionan su Fondo, denominadas "fideicomisarios del Fondo", tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del Fondo. Nadie, incluido su empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarle de cualquier otra forma con el fin de impedirle obtener un beneficio o ejercer sus derechos en virtud de ERISA. Si se deniega total o parcialmente su reclamación de un beneficio, deberá recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que los Fideicomisarios revisen y reconsideren su reclamación. En virtud de la ley ERISA, existen medidas que puede adoptar para hacer valer los derechos anteriormente mencionados. Si tiene una reclamación de beneficios que le ha sido denegada o ignorada, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión o falta de decisión de los fideicomisarios respecto al estado capacitado de una orden de apoyo médico infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los fideicomisarios del Fondo hacen un uso indebido del dinero del Fondo, o si se le discrimina por hacer valer sus derechos, puede solicitar la asistencia del Ministerio de Trabajo de EE.UU., o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los cargos legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y cargos. Si pierde, el tribunal puede condenarle a pagar estos costos y cargos, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola. Si tiene alguna pregunta sobre su Fondo, póngase en contacto con la oficina del Fondo. Si tiene alguna pregunta sobre este estado o sobre sus derechos en virtud de ERISA, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados ("EBSA", por sus siglas en inglés), Ministerio de Trabajo de EE.UU., que figure en su guía telefónica, o con: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

LOS FIDEICOMISARIOS TIENEN AUTORIDAD DISCRECIONAL PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS Y PARA DETERMINAR

CONTINUIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

Si usted es un paciente de atención continuada (definida a continuación) que está siendo tratado por un proveedor de la red o como paciente interno en un centro de la red, y el proveedor o centro abandona la red y se convierte en un proveedor fuera de la red, se le aplicarán las siguientes estipulaciones sobre la continuidad de la atención. Estas estipulaciones no se aplicarán si el proveedor o centro abandona la red debido al incumplimiento de los niveles de calidad aplicables o por fraude.

Se le notificará que el proveedor o centro abandona la red, así como su derecho a notificar al Administrador que necesita atención transitoria continuada. Si notifica al Administrador que necesita atención transitoria continuada, se le dará la oportunidad de elegir la atención transitoria continuada del proveedor o en el centro. Si elige la atención transitoria continuada, su tratamiento por parte de ese proveedor o en ese centro como paciente de atención continuada estará cubierto por el Fondo como si el proveedor o el centro no hubieran abandonado la red. Esta atención transitoria continuada durará hasta 90 días después de que se le haya enviado la notificación de que el proveedor o el centro abandona la red, o hasta que usted deje de ser paciente de atención continuada de ese proveedor o en ese centro, lo que ocurra primero.

Un paciente de atención continuada es alguien que, en relación con el tratamiento por parte de un proveedor de la red, o mientras está hospitalizado en un centro de la red, está:

- en tratamiento por una enfermedad grave y compleja
- sometido a un curso de atención institucional o de hospitalización
- programada para someterse a una intervención quirúrgica no electiva, incluida la recepción de cuidados postoperatorios
- embarazada y sometida a un curso de tratamiento para el embarazo, o
- determinada como enferma terminal (es decir, con una esperanza de vida de seis meses o menos) y que está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad.

Enfermedad grave y compleja significa:

- en el caso de una enfermedad aguda, una afección lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente, o

- en el caso de una enfermedad o afección crónica, una afección potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y que requiera atención médica especializada durante un periodo prolongado.

estas normas especiales, por "centro" se entiende un hospital (incluido el departamento ambulatorio) o un centro quirúrgico ambulatorio.

Cuando se aplican estas normas especiales, los cargos del proveedor fuera de la red están cubiertos por el Fondo como si hubiera recibido tratamiento de un proveedor de la red. Esto significa:

- Su cuota de coaseguro del 40% de los cargos se reduce al 20%, y se basará en la **cantidad reconocida**, no en la cantidad cobrada por el proveedor fuera de la red.

- Excepto en los casos que se describen a continuación, usted no es legalmente responsable de los cargos del proveedor fuera de la red que superen la **cantidad reconocida**, y el proveedor fuera de la red no puede "facturarle el saldo" de dichos cargos.

Por **cantidad reconocida** se entiende el índice medio dentro de la red reconocido por el Fondo de conformidad con la normativa emitida en virtud de la sección 716 de ERISA.

Excepción de notificación y consentimiento

Los cargos por determinados servicios no urgentes prestados por proveedores fuera de la red durante o en relación con una consulta en un centro de la red están exentos de la prohibición de facturación del saldo indicada anteriormente, pero sólo si el proveedor le notifica por escrito con antelación (o a su representante autorizado) que usted será responsable de los cargos que superen la **cantidad reconocida**, y usted (o su representante autorizado) da su consentimiento para hacerse responsable de los cargos.

Los siguientes artículos y servicios ***no*** son elegibles para la excepción de notificación y consentimiento y, por lo tanto, siguen sujetos a la prohibición de facturación del saldo descrita anteriormente:

- servicios auxiliares, es decir, artículos y servicios relacionados con la medicina de emergencias, la anestesiología, la patología, la radiología y la neonatología, ya sean prestados por un médico o por un profesional no médico;
- artículos y servicios prestados por asistentes de cirujanos, médicos del hospital e intensivistas;
- servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y laboratorio;
- artículos y servicios proporcionados por un proveedor fuera de la Red si no existe un proveedor de la Red que pueda proporcionar el artículo o servicio en el centro dentro de la red;
- artículos o servicios suministrados como consecuencia de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento de suministrar un artículo o servicio, independientemente de si el proveedor fuera de la red cumplió los requisitos de notificación y consentimiento.

Los requisitos de notificación y consentimiento están regulados por la legislación federal y son aplicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU. El Fondo no interviene en el procedimiento de notificación y consentimiento. El Fondo no cubre en ningún caso la facturación de saldos por parte de un proveedor fuera de la red.

- Reducción o solicitud para prolongar un ingreso hospitalario autorizado previamente – Se le notificará la decisión en un plazo de 30 días después de presentar su apelación.

Se le enviará una notificación por escrito de la decisión de los Fideicomisarios. Si su apelación es denegada, la notificación le indicará el motivo y las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la denegación. La notificación le indicará si se basaron en una norma o directriz interna para denegar su apelación, o si su apelación fue denegada porque el tratamiento no es médicamente necesario o es experimental.

Si no está de acuerdo con la decisión de los Fideicomisarios sobre su apelación, puede interponer una demanda civil contra el Fondo en virtud de la sección 502 de ERISA.

Los Fideicomisarios no pueden tomar ninguna decisión relativa a la contratación, compensación, terminación, ascenso u otros asuntos similares relacionados con la retención de ninguna persona basándose en la probabilidad de que la persona apoye la denegación de los Fideicomisarios.

Revisión externa

Los Fideicomisarios han puesto en marcha un programa de revisión externa tal y como exige la ley federal. Si no está de acuerdo con la decisión de los Fideicomisarios sobre su apelación, puede solicitar una revisión externa de la decisión de los Fideicomisarios. La revisión externa será llevada a cabo por una organización de revisión independiente ("IRO", por sus siglas en inglés) contratada por los Fideicomisarios. Si desea apelar a una IRO, póngase en contacto con la oficina del Fondo para obtener más información.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

El Fondo puede crear u obtener información relacionada con su estado de salud física o mental, el tratamiento o el financiamiento de su atención médica. Cuando esta información puede identificarle individualmente, se denomina "información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)". El Fondo puede divulgar la PHI a los Fideicomisarios, y los Fideicomisarios pueden utilizar o divulgar la PHI obtenida del Fondo, sólo para fines de administración del Fondo, tal como se indica en el documento del Plan Médico y Bienestar del Fondo.

El Fondo tiene una "notificación de prácticas de privacidad" que describe cómo se puede utilizar y divulgar su PHI y cómo puede obtener acceso a ella. Puede solicitar una copia de la notificación en la oficina del Fondo en cualquier momento.

El Fondo también ha implementado medidas de seguridad que protegen la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI que se transmite o mantiene por medios electrónicos.

NORMAS ESPECIALES PARA CIERTOS PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Se aplican normas especiales a la cobertura de los cargos por tratamientos prestados por proveedores fuera de la red si recibe servicios no urgentes de un proveedor fuera de la red durante o en relación con una consulta en un centro que participe en la red de proveedores del Fondo. Para

Su apelación debe presentarse en un plazo de 180 días desde que se le notifique que su reclamación ha sido denegada. **Si no presenta una apelación dentro de ese plazo, perderá todos sus derechos de apelación y no podrá presentar una demanda ante los tribunales.**

Excepto en el caso de la apelación a la denegación de una reclamación de atención urgente, su apelación debe presentarse por escrito. Puede entregarla en mano en la oficina del Fondo o enviarla por correo.

La apelación a la denegación de una reclamación de atención urgente puede ser oral o por escrito. Usted o su doctor deben facilitar toda la información para una apelación de una reclamación de atención urgente entregándola en mano en la oficina del Fondo, por teléfono al 410-884-1406 o por fax al 410-997-3657.

Todas las apelaciones se presentarán ante la Mesa Directiva o a un subcomité de la Mesa Directiva. Puede presentar comentarios por escrito y cualquier otra información relacionada con su reclamación. Los Fideicomisarios tendrán en cuenta todo lo que usted presente. Previa solicitud por escrito, se le proporcionará un acceso razonable y copias gratuitas de todos los documentos, registros y demás información del Plan que sean relevantes para su apelación.

Si la denegación de su reclamación implicara un juicio médico (como, por ejemplo, si un tratamiento es experimental o médicamente necesario), los Fideicomisarios consultarán a un profesional de la atención médica con capacitación y experiencia en el campo de la medicina en cuestión. Si se consultó a expertos médicos o profesionales cuando se denegó su reclamación, se le identificará a petición suya.

Cuando se podrá decidir su apelación

El momento en que se decidirá su apelación dependerá de si se trata de una reclamación de atención urgente, de una reclamación previa al servicio, de una reclamación posterior al servicio o de una reducción o denegación de una solicitud para prolongar un ingreso hospitalario autorizado previamente.

- Reclamación de atención urgente – Se le notificará la decisión dentro de las 72 horas siguientes a la presentación de su apelación.
- Reclamación previa al servicio – se le notificará la decisión en un plazo de 30 días tras la presentación de su apelación.
- Reclamación posterior a la prestación del servicio – los Fideicomisarios decidirán sobre su apelación en la siguiente reunión ordinaria que se celebre tras la presentación de su apelación. Si su apelación se presenta menos de 30 días antes de la siguiente reunión ordinaria, es posible que los Fideicomisarios no puedan decidir sobre su apelación hasta la segunda reunión ordinaria posterior a su presentación. Si se necesita más tiempo para decidir sobre su apelación, los Fideicomisarios pueden esperar hasta la tercera reunión ordinaria para tomar una decisión. Si se necesita una extensión, se le informará por qué y cuándo se espera una decisión. Se le notificará la decisión de los Fideicomisarios sobre su Apelación en un plazo de cinco días después de que se decida.

podrá prolongarse hasta 15 días más. Si se produce una extensión, se le informará del motivo y de cuándo se espera una decisión.

Si necesita información adicional

Reclamaciones anteriores y posteriores al servicio

Si la oficina del Fondo necesita más información para decidir sobre una reclamación previa o posterior al servicio, se le comunicará qué información se necesita y dispondrá de 45 días para suministrarla. El plazo para que la oficina del Fondo decida sobre su reclamación queda suspendido hasta que usted facilite la información solicitada. Si no somete la información en el plazo de 45 días, su reclamación se tramitará sin la información adicional y podrán extraerse presunciones razonables de su falta de suministro de la información.

Reclamaciones de atención urgente

Si la oficina del Fondo necesita más información para decidir sobre una reclamación de atención urgente, se le comunicará qué información se necesita y cuánto tiempo tiene para facilitarla (dispondrá de al menos 48 horas). El plazo para que la oficina del Fondo decida sobre su reclamación de atención urgente queda suspendido hasta que usted facilite la información solicitada.

Se le notificará la decisión de la oficina del Fondo sobre su reclamación de atención urgente en un plazo de 72 horas desde que facilite la información solicitada (o desde que expire el plazo para facilitar la información solicitada). Si no somete la información a tiempo, su reclamación se tramitará sin la información adicional y podrán extraerse presunciones razonables de su falta de suministro de la información.

Si se deniega su reclamación

Se le notificará por escrito si se deniega total o parcialmente su reclamación. La notificación le indicará por qué se ha denegado la reclamación y las estipulaciones del Plan en las que se basa la denegación. También describirá cualquier información adicional que pudiera cambiar la decisión y cómo puede apelar ante los Fideicomisarios.

La notificación le indicará si se basó en una norma o directriz interna para denegar su reclamación, o si su reclamación fue denegada porque el tratamiento no es médicamente necesario o es experimental. En el caso de una reclamación de atención urgente, la notificación le explicará el procedimiento acelerado de apelación.

Si cree que la oficina del Fondo cometió un error al denegar su reclamación, o si no está satisfecho con la decisión de una reclamación, puede apelar a los Fideicomisarios. También puede Apelar a los Fideicomisarios si después de pasar por los Procedimientos de Apelación de American Health Holdings sigue pensando que American Health Holdings cometió un error.

de “Designación de representante autorizado” que puede obtener en la oficina del Fondo. No necesita utilizar un formulario de designación de representante autorizado para que su doctor presente o apele una reclamación de atención urgente.

Normas sobre reclamaciones y apelaciones

Si su reclamación de beneficios es denegada total o parcialmente, deberá seguir estas normas y agotar sus derechos de apelación antes de poder presentar una demanda ante los tribunales. Una vez que haya presentado su reclamación y la oficina del Fondo disponga de toda la información necesaria, se tramitará su reclamación y se le notificará la decisión.

NOTA: Todas las solicitudes de autorización previa de un ingreso hospitalario o de un trasplante deben dirigirse a American Health Holdings, no a la oficina del Fondo. Si la autorización previa de un ingreso hospitalario o un trasplante es denegada total o parcialmente y usted o su proveedor desean apelar la denegación, deberán hacerlo de conformidad con los procedimientos de apelación de American Health Holdings. Si la autorización previa sigue siendo denegada en su totalidad o en parte después de pasar por los Procedimientos de Apelación de American Health Holdings, entonces puede apelar a los Fideicomisarios del Fondo como se explica a continuación.

Las siguientes normas para presentar reclamaciones ante la oficina del Fondo se aplican **únicamente** a las reclamaciones **que no sean** solicitudes de autorización previa de ingresos hospitalarios o trasplantes.

Reclamaciones de atención urgente

Si una reclamación de atención urgente se presenta indebidamente, la oficina del Fondo se lo notificará en un plazo de 24 horas. Puede solicitar una copia escrita de la notificación oral. Salvo que se necesite información adicional, se le notificará la decisión sobre una reclamación de atención urgente en un plazo de 72 horas después de que la reclamación se haya presentado correctamente.

Reclamaciones previas al servicio

Si se presenta indebidamente una reclamación previa al servicio, la oficina del Fondo se lo notificará en un plazo de cinco días. Puede solicitar una copia escrita de la notificación oral. Salvo que se necesite información adicional, se le notificará la decisión sobre una reclamación previa al servicio en un plazo de 15 días después de que la reclamación se haya presentado correctamente. Si hay asuntos que escapan al control de la oficina del Fondo, el plazo podrá prolongarse hasta 15 días más. Si se produce una extensión, se le informará del motivo y de cuándo se espera una decisión.

Reclamaciones posteriores al servicio

Salvo que se necesite información adicional, si se deniega una reclamación de beneficios médicos posterior al cese en el servicio, se le notificará en un plazo de 30 días a partir de la presentación correcta de la reclamación. Si hay asuntos que escapan al control de la oficina del Fondo, el plazo

previamente o si desea prolongar un ingreso hospitalario autorizado previamente. Cualquier tratamiento que requiera una autorización previa tal y como se describe en este folleto (como un ingreso hospitalario) es una reclamación previa al servicio. Algunas reclamaciones previas al servicio pueden ser reclamaciones de atención urgente. Los tratamientos que no requieren autorización previa se gestionan según las normas de reclamaciones posteriores al servicio.

El tratamiento es de atención urgente si el cumplimiento de los plazos de resolución de las reclamaciones previas al servicio:

- podría poner en grave peligro la vida o la salud del paciente o la capacidad de éste para recuperar el máximo de sus funciones, o
- en opinión del doctor del paciente, sometería al paciente a un dolor intenso que no puede administrarse adecuadamente sin el tratamiento solicitado.

En general, es la oficina del Fondo la que determina si el tratamiento es de atención urgente. Sin embargo, si el doctor del paciente determina que el tratamiento es para atención urgente, se tramitará como una reclamación de atención urgente.

Un tratamiento que no necesita autorización previa es una "reclamación posterior al servicio".

Presentar una reclamación

Para la autorización previa de un ingreso hospitalario (ya sea un ingreso hospitalario normal o para un tratamiento de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias), el hospital o centro deberá ponerse en contacto con American Health Holdings **en el número que aparece en su tarjeta de miembro de la CWTF**. Las demás reclamaciones previas al servicio deberán presentarse en la oficina del Fondo del mismo modo que se presenta una reclamación posterior al servicio.

Para presentar una reclamación posterior al servicio, usted o su proveedor deberán presentar una reclamación tal y como se explica anteriormente en este folleto. Si su farmacia se rehúsa a surtir una receta, llame a la oficina del Fondo para informarse sobre cómo hacer para obtener su receta. Para evitar retrasos en la tramitación de su reclamación, responda a todas las preguntas de forma completa y precisa.

Reducir o prolongar un ingreso hospitalario preautorizado

Después de que American Health Holdings autorice previamente un ingreso hospitalario, en raras ocasiones puede determinar posteriormente que el número de días debe reducirse. Si eso ocurre, American Health Holdings se lo notificará con antelación y le dará tiempo para presentar una apelación antes de que la reducción entre en vigor. Si American Health Holdings ha preautorizado un ingreso hospitalario y usted o su doctor desean que sea preautorizado más días, usted o su doctor deberán solicitar días adicionales a American Health Holdings.

Representante autorizado

Un representante autorizado puede presentar una reclamación o apelar una denegación de beneficios en su nombre. Para nombrar a un representante autorizado, debe utilizar un formulario

- La cantidad de los beneficios de compensación para trabajadores debidos a la atención médica o sanitaria recibida no está acordada o definida por usted o por la compañía de compensación para trabajadores; o bien
- Los beneficios médicos o de atención médica están específicamente excluidos del acuerdo o compromiso de la compensación para trabajadores.

Debe notificar al Fondo cualquier reclamación de indemnización por accidente de trabajo que presente y está obligado a respetar los derechos de reembolso y subrogación del Fondo indicados en esta sección.

PROHIBICIÓN DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

No se podrá transferir ni asignar a otra persona o entidad ningún pago de prestaciones, ni reclamación de un derecho o causa de acción para el pago de prestaciones con cargo al Fondo, y el Fondo no reconocerá ningún intento de transferencia o asignación. El Fondo puede efectuar el pago directo de los beneficios a los proveedores de conformidad con los acuerdos establecidos entre el Fondo y los proveedores. Sin embargo, dicho pago no convierte al proveedor en cesionario, no constituye la aceptación por parte del Fondo de un intento de cesión de un pago de beneficios o reclamación de derecho o causa de acción por un pago de beneficios, y no confiere en modo alguno al proveedor ningún derecho que un participante tenga en virtud del Fondo o de ERISA.

NORMAS SOBRE RECLAMACIONES Y APELACIONES

A continuación, se resumen las normas del Fondo para presentar reclamaciones y apelar las denegaciones de reclamaciones. Las normas completas sobre reclamaciones y apelaciones se indican en el documento del Plan ordinario y están disponibles gratuitamente en la oficina del Fondo.

Las normas del Fondo sobre reclamaciones y apelaciones no se aplican salvo que tenga una reclamación. Una “reclamación” es (1) una solicitud de cobertura de un tratamiento que ya ha recibido o (2) una solicitud de autorización previa de cobertura de un tratamiento que desea recibir. También tiene una “reclamación” si su farmacia se niega a surtir una receta basándose en la información recibida de la oficina del Fondo o del gerente de beneficios farmacéuticos del Fondo. La decisión de su doctor de que no necesita tratamiento no es una reclamación cubierta por las normas. El proveedor de atención médica gestionada del Fondo (actualmente, American Health Holdings), gestiona todas las solicitudes de autorización previa de ingresos hospitalarios y otros tratamientos que requieren autorización previa. El gerente de prestaciones farmacéuticas del Fondo (actualmente, CVS Caremark) gestiona todas las solicitudes de autorización previa de medicamentos recetados y medicamentos especializado.

Reclamaciones de atención urgente, reclamaciones previas al servicio y reclamaciones posteriores al servicio

Los requisitos de presentación y las normas de reclamación y apelación difieren según se trate de una “reclamación de atención urgente”, una “reclamación previa al servicio” o una “reclamación posterior al servicio”. Existen normas especiales si se reduce un ingreso hospitalario autorizado

Subrogación significa el derecho del Fondo a perseguir a una parte responsable por los cargos pagados, o que puedan pagarse en el futuro, por el Fondo como consecuencia de un accidente o lesión. El Fondo tiene derecho a reclamar a cualquier fuente de recuperación disponible para usted, y usted cede al Fondo todos los derechos de recuperación que pueda tener.

El Fondo se subroga en todos sus derechos frente a cualquier parte (incluida una compañía de seguros) que sea o pueda ser responsable de su lesión, enfermedad u otra afección o del pago del tratamiento de la lesión, enfermedad u otra afección. El Fondo se subrogará en la cuantía de los beneficios que le pague a usted o en su nombre. El Fondo puede hacer valer su derecho de subrogación independientemente de usted, sin su consentimiento y con independencia de que usted decida o no presentar una reclamación. El Fondo no está obligado a pagarle parte de la recuperación que pueda obtener, aunque presente una demanda en su nombre.

Los derechos del Fondo.

El Fondo tiene derecho a realizar una investigación sobre su lesión, enfermedad o afección para identificar posibles fuentes de recuperación. El Fondo puede notificar a todas las partes y a sus agentes el derecho de retención del Fondo en virtud de esta sección. Los agentes incluyen, pero no se limitan a, compañías de seguros y abogados.

El Fondo tiene derecho, en virtud de las leyes federales y estatales, incluida la normativa de privacidad HIPAA, a compartir su información médica personal en el ejercicio de los derechos de subrogación y reembolso del Fondo.

Los costos legales del Fondo en asuntos de reembolso y subrogación correrán a cargo del Fondo. Sin embargo, si usted toma alguna medida para impedir que el Fondo haga valer sus derechos de reembolso o subrogación, deberá reembolsar al Fondo los cargos legales en que éste o sus agentes incurran para hacer valer los derechos del Fondo.

El Fondo sólo es responsable de aquellos costes legales que acuerde por escrito, y no se hará cargo de sus costes legales en ningún otro caso. Sus costos legales correrán por su cuenta y no por cuenta del Fondo.

Recuperación de la compensación para trabajadores.

Si el Fondo paga beneficios relacionados con un siniestro y determina que usted recibió o puede recibir beneficios de compensación para trabajadores por el siniestro, el Fondo tiene los derechos de recuperación que se indican en esta sección. El Fondo puede ejercer sus derechos de recuperación contra usted.

Los derechos de recuperación del Fondo se aplican independientemente de que:

- Los beneficios de compensación para los trabajadores estén en litigio o se realicen mediante acuerdo o compromiso;
- No se determine definitivamente que la lesión o enfermedad corporal se produjo en el transcurso de su empleo o como consecuencia del mismo;

"Recuperación"). Si recibe una recuperación, el Fondo puede restar la cantidad de la recuperación de los beneficios que de otro modo pagaría por el tratamiento de la lesión, enfermedad u otra afección. Si existe la posibilidad de una recuperación futura, el Fondo puede retrasar el pago de los beneficios hasta que se reciba la recuperación y restar entonces la cantidad de la recuperación.

No debe desembolsar ni acordar el desembolso de ninguna parte de una recuperación hasta que se hayan satisfecho los derechos del Fondo en virtud de esta sección.

Si el Fondo ya le ha pagado beneficios a usted o en su nombre por el tratamiento de una lesión, enfermedad u otra afección, deberá reembolsar al Fondo con cargo a cualquier recuperación recibida la cantidad de beneficios pagados por el Fondo. El reembolso debe efectuarse al primer dólar, independientemente de que la recuperación le compense íntegramente. El Fondo no renuncia a sus derechos de reembolso cuando su recuperación no sea suficiente para compensar totalmente sus daños. El derecho de reembolso del Fondo no se ve afectado ni reducido por la "doctrina de recuperación íntegra", la "doctrina del fondo común" ni ninguna otra defensa o doctrina.

El Fondo no está obligado a aportar cotizaciones a los cargos y costos de su abogado de lesiones personales. Los derechos de reembolso del Fondo se aplican a todos los acuerdos y sentencias a su favor, independientemente de cómo estén caracterizados o designados. El Fondo tiene derecho al reembolso independientemente de que se admita cualquier responsabilidad de pago e independientemente de que el acuerdo o la sentencia identifique los beneficios que el Fondo proporcionó o pretenda asignar cualquier parte de dicho acuerdo o sentencia al pago de cargos distintos de los cargos médicos. El Fondo tiene derecho a recuperar de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados como daños morales, daños no económicos o daños generales únicamente. La reclamación del Fondo no se reducirá debido a su propia negligencia.

Con el fin de garantizar los derechos de reembolso del Fondo, usted, en toda la medida de la reclamación de reembolso del Fondo: (a) concede al Fondo un derecho de retención de primera prioridad contra el producto de cualquier recuperación recibida y contra cualquier parte que esté en posesión de fondos que puedan utilizarse en última instancia para su recuperación; (b) cede al Fondo cualquier beneficio que pueda tener en virtud de cualquier póliza de seguro u otra cobertura y (c) debe mantener en fideicomiso constructivo como fideicomisario del Fondo el producto de cualquier recuperación recibida. El hecho de no mantener dichos ingresos en fideicomiso se considerará un incumplimiento de sus obligaciones fiduciarias para con el Fondo. Al pagar, o estar obligado a pagar, cualquier reclamación a usted o en su nombre, el Fondo tiene automáticamente el derecho de retención y otros derechos descritos en esta sección.

Subrogación.

Los derechos de subrogación del Fondo se aplican cuando otra parte (incluida una compañía de seguros) es o puede ser responsable de su lesión, enfermedad u otra afección, y el Fondo ya ha pagado, o puede pagar en el futuro, los beneficios para el tratamiento de la lesión, enfermedad u otra afección.

primera persona. El Fondo es siempre secundario a la cobertura de automóviles sin culpa, la cobertura de protección contra lesiones personales o la cobertura de pagos médicos.

Cualquier tercero contratado por el Fondo para hacer cumplir estas disposiciones de reembolso y subrogación tiene la autoridad y la discreción para interpretar estas disposiciones y para hacer las determinaciones de hecho necesarias para hacer cumplir los derechos del Fondo.

Usted está obligado a cooperar con el Fondo y sus agentes para proteger los derechos de reembolso y subrogación del Fondo. La cooperación significa proporcionar al Fondo o a sus agentes toda la información pertinente que soliciten, firmar y entregar los documentos que el Fondo o sus agentes soliciten, obtener el consentimiento por escrito del Fondo o de sus agentes antes de eximir de responsabilidad a cualquier parte, tomar las medidas que el Fondo o sus agentes soliciten para ayudar al Fondo a recuperar la totalidad de los daños y no tomar ninguna medida que pueda perjudicar los derechos del Fondo. El Fondo puede retener el pago de cualquier prestación por una reclamación descrita en esta sección a menos que usted o su abogado firmen primero un acuerdo de subrogación y reembolso, que da derecho al Fondo a recuperar el importe de las prestaciones pagadas en relación con la reclamación.

Usted o su representante legal deben notificar por escrito al Fondo tan pronto como sea posible, pero en ningún caso más de 30 días, después de la notificación realizada por usted o en su nombre a cualquier parte contra la que pretenda presentar una reclamación.

Si entra en litigios o en negociaciones para llegar a un acuerdo sobre las obligaciones de otras partes, no debe perjudicar los derechos de reembolso y subrogación del Fondo. Esto incluye, pero no se limita a, abstenerse de realizar cualquier acuerdo o recuperación que intente reducir o excluir el coste total de todas las prestaciones proporcionadas por el Fondo. El Fondo tiene derecho a retener o compensar los futuros pagos de prestaciones hasta el importe de cualquier acuerdo, sentencia o recuperación que obtenga, independientemente de si el acuerdo, la sentencia o la recuperación están destinados a cubrir futuras prestaciones o cargos médicos.

No podrá ceder ningún derecho que pueda tener a recuperar los cargos médicos de cualquier persona o entidad a su hijo o hijos menores de edad sin el consentimiento previo, expreso y por escrito del Fondo.

Debe reembolsar al Fondo todos los honorarios de abogados en los que éste incurra en los intentos exitosos de recuperar los importes a los que el Fondo tiene derecho en virtud de esta sección, cuando dichos honorarios hayan sido incurridos por el Fondo debido al incumplimiento por su parte de las obligaciones que le incumben en virtud de esta sección. El Fondo tiene derecho a elegir la jurisdicción y el lugar de cualquier disputa que implique los derechos del Fondo en virtud de esta sección.

Reembolso.

Los derechos de reembolso del Fondo se aplican cuando usted recibe, o puede recibir en el futuro, cualquier cantidad por acuerdo, veredicto o de otro modo, incluso de una compañía de seguros, por una lesión, enfermedad u otra afección que esté cubierta por los beneficios del Fondo (una

- el suministro o nivel de servicio más adecuado que pueda prestarse de forma rentable (incluyendo, entre otros, el tratamiento hospitalario frente al ambulatorio y el tratamiento quirúrgico frente al no quirúrgico).

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Si usted o sus dependientes tienen otra cobertura médica para cualquier beneficio proporcionado por el Fondo, todos los pagos de beneficios se coordinarán con esa otra cobertura. (La coordinación no se aplica a los beneficios de seguro de vida, AD&D e incapacidad). En ocasiones, este Fondo pagará primero (lo que significa que este Fondo paga "en primer lugar" y, en otras, la otra cobertura pagará primero (lo que significa que este Fondo paga "en segundo lugar"). En cualquier caso, la cantidad total de beneficios que reciba de todas las fuentes no superará el total de sus cargos reales.

La coordinación se basa en todos los beneficios que la otra cobertura médica podría haber pagado si usted o sus dependientes los hubieran solicitado correctamente y hubieran seguido todas las normas de la otra cobertura. Si usted o sus dependientes no solicitan correctamente todos los beneficios que la otra cobertura podría haber pagado, o no siguen todas las normas de la otra cobertura, los beneficios secundarios pagados por este Fondo supondrán que usted recibió todos los beneficios que la otra cobertura podría haber pagado.

El Fondo siempre paga de forma secundaria a las pólizas individuales de seguro de enfermedad. El plan de salud del empleador que cubre al cónyuge como empleado es siempre principal para las reclamaciones del cónyuge. La responsabilidad principal de las reclamaciones de los hijos que estén cubiertos por planes de salud de ambos progenitores la pagará el plan del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año civil.

El documento del Plan contiene otras normas de coordinación de beneficios que son demasiado numerosas para enumerarlas aquí. Si tiene alguna pregunta sobre las normas de coordinación de beneficios, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO

Si sufre una lesión, enfermedad u otra afección cubierta por los beneficios médicos del Fondo y de la que podría ser responsable un tercero, debe cumplir estas estipulaciones de reembolso y subrogación como condición para recibir los beneficios del Fondo. El incumplimiento es motivo de denegación de la reclamación y puede obligarle a reembolsar los beneficios recibidos anteriormente y a pagar los costos en que haya incurrido el Fondo. Cualquier referencia a "usted" o "su" en esta sección se refiere tanto a usted como a cualquiera de sus dependientes que estén cubiertos por el Fondo, e incluye a su representante legal, tutor, patrimonio o herederos o los de su dependiente.

Los derechos de reembolso y subrogación del Fondo se prolongan a todas las coberturas de seguro que tenga a su disposición debido a una lesión, enfermedad o afección por la que el Fondo haya pagado o pueda pagar beneficios, incluidas, entre otras, la cobertura de responsabilidad civil, la cobertura de automovilista no asegurado, la cobertura de automovilista con seguro insuficiente, la cobertura parcial personal, la cobertura de pagos médicos, la cobertura de indemnización por accidentes de trabajo, la cobertura de automóviles sin culpa o cualquier cobertura de seguro de

OTRA INFORMACIÓN DEL PLAN

Tratamiento experimental y necesidad médica

El Fondo no cubre ningún tratamiento experimental, dispositivo médico o fármaco. Un tratamiento, dispositivo médico, medicamento o uso de medicamentos se considera experimental si:

- los Fideicomisarios o el Administrador determinan, tras considerar la opinión del asesor médico del Fondo, cualquier información presentada por el reclamante y cualquier otra información que consideren adecuada, que se está estudiando su seguridad, eficiencia o eficacia y/o no ha sido aprobado para uso general dentro de la comunidad médica por organismos de supervisión gubernamentales u otras sociedades de especialidades médicas adecuadas;

- está clasificado como experimental o con fines de investigación (o palabras en ese sentido);

- el proveedor lo describe en un documento de consentimiento informado del paciente o de cualquier otra manera como de naturaleza experimental o de investigación (o palabras a tal efecto); o

- no puede ser comercializado legalmente para el uso en cuestión sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EEUU y no ha sido aprobado para su comercialización en el momento en que se suministra.

Independientemente de la exclusión de la cobertura de tratamientos experimentales, pero sólo en la medida necesaria para cumplir con la sección 2709 de la Ley de Servicios de Salud Pública, no se excluye la cobertura, ni se imponen límites o condiciones adicionales a la cobertura, de los costes habituales del paciente por tratamientos dispensados en relación con la participación de una persona capacitada en un ensayo clínico aprobado. Las normas completas de esta excepción se indican en el documento legal del Plan y pueden obtenerse poniéndose en contacto con la oficina del Fondo.

El Fondo no cubre ningún tratamiento, dispositivo médico, medicamento o uso de medicamentos que no sean médicamente necesarios. Un tratamiento, dispositivo médico, medicamento o uso de medicamentos no es médicamente necesario si los Fideicomisarios o el Administrador determinan, tras considerar la opinión del asesor médico del Fondo, cualquier información presentada por el reclamante y cualquier otra información que consideren adecuada, que no lo es:

- prevista para el diagnóstico o tratamiento directo de una lesión o enfermedad;

- adecuada y coherente con los síntomas y el diagnóstico de la lesión o enfermedad del paciente;

- prevista de conformidad con la práctica médica generalmente aceptada a nivel nacional; y

La sustitución de cualquier servicio de restauración básica (como empastes) no está cubierta en los 24 meses siguientes a la colocación anterior de la restauración. El reemplazo de servicios de restauración avanzados (como coronas, puentes, dentaduras postizas) no está cubierto a menos que la restauración original no sea ni pueda ser reparada, y no está cubierto dentro de los 60 meses posteriores a la colocación anterior.

El resanado, rebase o ajuste de la dentadura postiza se considera parte de los cargos de la dentadura postiza si se realiza en los seis meses siguientes a la inserción por el mismo dentista. El rebasado o rebase posterior de la dentadura postiza se limita a una vez cada tres años a partir de entonces.

NO se pagarán beneficios dentales por los siguientes cargos o tratamientos:

- por encima del cobro contratado
- por encima de $1,000 por persona por año civil
- tratamiento excluido en virtud de las **exclusiones generales** o por cualquier otra limitación de este folleto
- prótesis y su colocación que se hayan pedido mientras usted no estaba cubierto
- dentaduras postizas, puentes y coronas entregados más de 60 días después de que finalice su cobertura
- atamiento de ortodoncia (aparatos y enderezamiento de los dientes) o corrección de la mordida, excepto los mantenedores de espacio para menores de 15 años
- aparatos perdidos o robados (puentes y dentaduras postizas)
- cargos profesionales a alguien que no sea un dentista o higienista autorizado
- sustituciones de dentaduras postizas o puentes cubiertos más de una vez cada cinco años
- grabado de dentaduras postizas o tratamiento cosmético, incluidas carillas y procedimientos de blanqueamiento
- implantes y procedimientos relacionados
- protectores bucales
- ferulización periodontal de los dientes, o servicios periodontales que excedan las limitaciones de frecuencia en las directrices mantenidas por el Administrador
- tratamiento y aparatos de la articulación temporomandibular

Los cargos por cuidados dentales, incluida la ortodoncia, no están cubiertos por los **beneficios médicos**.

Los medicamentos especializados que no figuran en la lista de medicamentos del programa PrudentRx están sujetos a los copagos de los medicamentos de marca explicados anteriormente.

Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con PrudentRx llamando al 800-578-4403.

BENEFICIOS DENTALES

El Fondo cubre los gastos odontológicos de hasta $1,000 por persona y por año civil. Sin embargo, no se aplica ningún límite anual en dólares a los gastos dentales de los menores de 19 años.

Los cuidados de ortodoncia no están cubiertos.

El Fondo utiliza una red de dentistas participantes a través de CIGNA. Aunque no está obligado a acudir a los dentistas que participan en la red de CIGNA, los dentistas participantes cobran cargos reducidos por sus servicios. Por lo tanto, recurrir a dentistas participantes puede suponer un ahorro para usted y para el Fondo. Los dentistas participantes no pueden cobrar más que los cargos contratados con CIGNA. La tarifa contratada suele ser inferior a la tarifa habitual del dentista. Normalmente pagará más si acude a un dentista no participante. Los cargos de un dentista participante que superen la tarifa contratada con CIGNA, y los cargos de un dentista no participante que superen la tarifa comparable a la tarifa contratada con CIGNA determinada por el administrador, no se tendrán en cuenta a ningún efecto.

Los siguientes tratamientos diagnósticos y preventivos están cubiertos al 100% de la tarifa contratada (hasta el límite de $1,000 descrito anteriormente):

- exámenes bucales, rutinarios, limitados y de emergencia (dos por año civil)
- limpiezas (dos por año civil)
- radiografías de aleta de mordida (una por periodo de 12 meses)
- radiografías de boca completa/panorámicas (una vez por período de 36 meses)
- tratamiento con flúor
- mantenedores de espacio (sólo para menores de 15 años)

Los siguientes tratamientos restauradores, quirúrgicos y protésicos están cubiertos al 70% del cargo contratado (hasta el límite de $1,000 descrito anteriormente):

- empastes
- anestesia y sedación (límite de 60 minutos por sesión)
- coronas, incrustaciones y recubrimientos
- canal radicular
- endodoncia
- puentes
- prótesis dentales
- extracciones
- cirugía oral
- servicios periodontales
- selladores en los primeros y segundos molares permanentes (una vez por período de 36 meses, sólo para menores de 16 años)

Farmacias no participantes

La mayoría de las farmacias participan con CVS Caremark y aceptarán su tarjeta de medicamentos con receta. Sin embargo, si necesita comprar medicamentos en una farmacia no participante, primero deberá pagar usted mismo la receta. A continuación, rellene un impreso de reembolso de medicamentos que puede obtener en la oficina del Fondo y envíe el impreso completado a la dirección que figura en el impreso. Si el medicamento que ha comprado está cubierto, se le reembolsará el precio medio al por mayor de la receta, menos el copago.

Parte D de Medicare

Si tiene 65 años o más, es elegible para la cobertura de Medicare, que incluye el beneficio de medicamentos con receta de Medicare conocido como "Medicare Parte D". Se prevé que, por término medio para todos los participantes, el beneficio de medicamentos recetados del Fondo pague en beneficios tanto como lo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Esto significa que el beneficio de medicamentos recetados del Fondo constituye una "Cobertura acreditable" a efectos de Medicare, por lo que puede conservar su beneficio del Fondo y no pagar primas adicionales de Medicare si a más tardar decide inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Programa PrudentRx Solution para medicamentos especializados

El programa PrudentRx Solution le ayuda a inscribirse en los programas de asistencia de copago/coaseguro de los fabricantes de medicamentos para los medicamentos especializados de la lista de medicamentos del programa. Si se inscribe en el programa PrudentRx Solution, no pagará coaseguro ni copago por los medicamentos especializados de la lista de medicamentos del programa. La lista de medicamentos del programa se actualiza cada cierto tiempo.

Como se ha explicado anteriormente, los medicamentos especializados no están cubiertos en absoluto salvo que la receta se surta a través de la farmacia de especialidades de CVS Caremark.

La asistencia para el copago/coaseguro es un procedimiento mediante el cual los fabricantes de medicamentos cubren la mayor parte o la totalidad del copago/coaseguro requerido por el paciente para determinados medicamentos especializados. El programa PrudentRx Solution le ayudará a obtener la ayuda para el copago/coaseguro de los fabricantes de medicamentos para el medicamento especializado que usted toma.

Cuando surta una receta de medicamentos especializados a través de la Farmacia de Especialidades de CVS Caremark, se pondrá en contacto con usted PrudentRx, que le ayudará a inscribirse en cualquier programa disponible de asistencia de copago/coaseguro de los fabricantes. **Si no se inscribe a través del programa PrudentRx Solution, o si abandona o no cumple el Programa Solution o las normas del fabricante, deberá pagar un 30% de coaseguro (en lugar de un 20%) por su medicamento especializado.**

La asistencia para el copago/coaseguro de un fabricante de medicamentos no cuenta para su límite de desembolso directo por año civil en concepto de copagos/coaseguro.

El Fondo cubrirá los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que deban estar cubiertos según la normativa federal en el apartado de **Servicios de atención preventiva**, tal y como se describe anteriormente en este folleto. Por lo demás, los medicamentos y dispositivos anticonceptivos no están cubiertos.

El Fondo cubre hasta seis dosis al mes de medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil, pero sólo cuando se receten a un empleado varón con impotencia demostrada y cuando dicho medicamento esté cubierto de otro modo por el Fondo.

Requisito de medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos son equivalentes farmacéuticos de determinados medicamentos de marca. Si existe un equivalente genérico de un medicamento de marca, el Fondo sólo pagará el medicamento genérico. Sin embargo, el Fondo pagará el medicamento de marca si su médico le exige que utilice el medicamento de marca por una razón médica válida y aceptable para el gerente de beneficios farmacéuticos.

Si compra un medicamento de marca y existe un equivalente genérico, el Fondo sólo cubrirá el costo del medicamento genérico. Deberá pagar el copago del medicamento genérico más la diferencia de precio entre el costo del medicamento genérico y el del medicamento de marca. Esta norma se aplica, aunque la farmacia diga que no tiene existencias del equivalente genérico.

Terapia escalonada

La terapia escalonada es un programa especial que se aplica si está tomando determinados medicamentos específicos de alto costo. La terapia escalonada le hace avanzar por un camino bien planificado, en el que su doctor aprueba sus medicamentos en cada paso del proceso.

- El primer paso suele permitirle iniciar el tratamiento con medicamentos genéricos (si están disponibles) que tienen el copago más bajo.
- Si su trayectoria requiere medicamentos de marca, el programa suele hacerle avanzar al escalón de los medicamentos de marca que tienen un copago más elevado que los genéricos.
- Cuando presente una receta que no sea para un medicamento del primer escalón, su farmacéutico deberá ponerse en contacto con su doctor. **Su receta no se cambiará a un medicamento del primer escalón salvo que su doctor apruebe primero el cambio.**
- Si ya ha probado el medicamento de primer escalón, o su doctor decide que necesita un medicamento diferente por razones médicas, entonces su doctor puede llamar a CVS Caremark para solicitar autorización para cambiarle a un medicamento de segundo escalón. CVS Caremark determinará si un medicamento del segundo escalón está cubierto. Si lo está, entonces se le cambiaría al medicamento de segundo escalón y usted tendría que pagar el copago más elevado. Si el medicamento de segundo escalón no puede ser cubierto, es posible que tenga que pagar el precio completo del medicamento.

instrucciones incluidas en la carta de denegación. Si CVS Caremark deniega su apelación de primer nivel, podrá apelar ante la Mesa Directiva del Fondo de conformidad con las normas de apelación para reclamaciones previas al servicio que se establecen más adelante en este folleto.

Medicamentos de mantenimiento

Normalmente, una receta o un reabastecimiento sólo están cubiertos hasta un suministro para 30 días. Si una receta o reabastecimiento es para un suministro superior a 30 días (sólo cubierto para medicamentos de mantenimiento), se aplicarán las siguientes normas.

Una vez que empiece a tomar un medicamento de mantenimiento, deberá obtenerlo a través del programa de mantenimiento, CVS Caremark Maintenance Choice. Podrá surtir su primera y segunda receta de 30 días en una farmacia minorista, pero a partir de entonces su receta no estará cubierta salvo que la obtenga a través del programa, Maintenance Choice. En el marco del programa, Maintenance Choice, puede obtener su receta en una farmacia CVS o a través del programa de pedidos por correo de CVS Caremark.

Vacunas

Las vacunas que tengan en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para el individuo en cuestión se le proporcionarán sin cargo alguno en las farmacias participantes de CVS Caremark. Además de las vacunas escolares obligatorias para los niños, esto incluye la cobertura de la gripe, la neumonía, el herpes zóster y algunas otras vacunas para niños y adultos. Pida a su farmacéutico más información sobre las vacunas que están cubiertas.

Exclusiones

Los beneficios para medicamentos recetados no cubren:

- medicamentos de venta libre
- sangre o plasma sanguíneo
- medicamentos obtenidos o administrados en un hospital u otro centro, ya formen parte de un tratamiento hospitalario o ambulatorio
- dispositivos médicos (que no sean lancetas, jeringuillas, tiras reactivas u otros suministros o dispositivos recetados para el tratamiento de la diabetes)
- medicamentos y fármacos que requieran autorización previa, salvo que el gerente de beneficios farmacéuticos del Fondo los haya autorizado
- recetas cosméticas, como medicamentos para adelgazar o para recuperar el cabello
- medicamentos para la fertilidad
- medicamentos para combatir el tabaquismo
- medicamentos cuya cobertura esté excluida en la sección **Exclusiones generales** anterior de este folleto
- cualquier medicamento excluido por resolución de los Fideicomisarios.

BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Coaseguro

Los beneficios de los medicamentos recetados del Fondo son administrados por el gerente de beneficios de farmacia, actualmente CVS Caremark. Su tarjeta de identificación del CWTF le servirá también como tarjeta de medicamentos recetados para utilizar mientras esté cubierto por el Fondo. Presente la tarjeta en una farmacia participante junto con su receta. Usted paga sólo un 20% de «coaseguro» de los cargos por cada receta o reabastecimiento, y el Fondo paga el 80% restante. Se aplican normas especiales a las recetas de medicamentos de mantenimiento, como se explica a continuación.

Usted paga un 30% de coaseguro del cargo por cada receta o reabastecimiento de medicamentos especializados de la lista de medicamentos del programa PrudentRx. Se trata de medicamentos de alto costo recetados para tratar afecciones médicas complejas y que suelen administrarse (aunque no siempre) mediante inyección o infusión. Sin embargo, el coaseguro del 30% queda exento – y usted no paga coaseguro- si obtiene el medicamento especializado a través del programa PrudentRx Solution que se describe a continuación.

Los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca. Los medicamentos de marca preferidos cuestan menos que los medicamentos no preferidos.

Límite anual de desembolso directo

La suma de todos los coaseguros de medicamentos pagados por usted y todos los miembros de su familia cubiertos combinados no superará un límite de "desembolso directo" de $12,800 por año civil (límite sujeto a incrementos por inflación). Si no obtiene un medicamento especializado de la lista de medicamentos del programa PrudentRx a través del Programa PrudentRx Solution y, por lo tanto, debe pagar un 30% de coaseguro, ese coaseguro no cuenta para el límite de gastos de su bolsillo, salvo que el medicamento especializado cumpla los requisitos para ser considerado un "beneficio de salud esencial" según la Ley de Atención Médica Asequible.

Autorización previa, medicamentos especializados y medicamentos inyectables

El Fondo no cubre determinados medicamentos de marca y no cubre ningún medicamento especializado ni inyectable, salvo autorización previa del gerente de prestaciones farmacéuticas del Fondo, actualmente CVS Caremark. Para saber si se requiere autorización previa para algún medicamento o fármaco, y para solicitarla, su médico debe llamar a CVS Caremark al 800-552-8159.

Debe utilizar la farmacia especializada de CVS Caremark para surtir sus recetas de medicamentos especializados. Los medicamentos especializados surtidos a través de otras farmacias no estarán cubiertos.

Si CVS Caremark deniega su solicitud de autorización previa para cualquier medicamento o fármaco, puede presentar una apelación de primer nivel a CVS Caremark de conformidad con las

Tratamiento del comportamiento adaptativo

Los **beneficios médicos** cubren el tratamiento del comportamiento adaptativo, como el análisis aplicado del comportamiento, cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de un paciente menor de 19 años con autismo o trastorno del espectro autista. Los servicios deben ser recomendados por escrito por un médico y realizados por un profesional de atención médica certificado o autorizado que el Administrador determine, a su discreción, que está debidamente capacitado y cualificado, como un analista de conducta certificado.

Manejo del dolor crónico

Los **beneficios médicos** cubren los cargos incurridos por el tratamiento mensual médicamente necesario para el control del dolor crónico recomendado por escrito por un médico y realizado por un proveedor autorizado. El paciente debe padecer dolor crónico, es decir, un dolor persistente o recurrente que dure más de tres meses. Los servicios cubiertos incluyen la evaluación del dolor, la administración de la medicación y la coordinación y planificación de los cuidados.

Capacitación y educación en diabetes

Los **beneficios médicos** cubren los cargos incurridos por la capacitación ambulatoria para el autocontrol de la diabetes en pacientes a los que se les ha diagnosticado diabetes. La capacitación debe ser recomendada por escrito por un médico y realizada por un proveedor autorizado de servicios de administración de la diabetes. Los cargos están cubiertos hasta 10 horas de capacitación inicial individual y/o en grupo. Los cargos posteriores están cubiertos para hasta dos horas de capacitación de seguimiento cada año civil después del año civil de la capacitación inicial.

BENEFICIOS ÓPTICOS

El Fondo cubre las revisiones oftalmológicas, las gafas o las lentes de contacto que se indican a continuación. Puede acudir al proveedor de atención oftalmológica de su elección o pedir a la oficina del Fondo información sobre los proveedores de atención oftalmológica que ofrecen descuentos especiales a las personas cubiertas por el Fondo. Debe utilizar el formulario de reclamación del Fondo, que puede obtener en la oficina del Fondo, para recibir el pago de los beneficios.

Examen oftalmológico (una vez cada 12 meses):	$36
Anteojos, por par (una vez cada 12 meses):	
• Lentes monofocales	$25
• Bifocales	$41
• Trifocales	$55
• Lenticulares	$100
• Lentes de contacto	
o Medicamente necesario	$300
o Electivo	$80
Marcos (una vez cada 24 meses)	$45

Los cargos que superen estas cantidades no están cubiertos por los **beneficios médicos**.

- Prótesis y complicaciones físicas para todas las fases de una mastectomía, incluidos los linfedemas (hinchazón asociada a la extirpación de los ganglios linfáticos).

La forma de cobertura se determina en consulta con el médico asistente y la paciente. Se aplicarán los deducibles y coaseguros normales.

Trasplantes de órganos

Todos los trasplantes deben ser autorizados previamente por el proveedor de atención administrada. El trasplante debe realizarse en un centro del Estado de Maryland, salvo que se demuestre previamente, a satisfacción del proveedor de asistencia gestionada, que es médicamente necesario que el trasplante se realice en un centro fuera del Estado de Maryland. Si el trasplante se realiza en un centro fuera del Estado de Maryland, no se cubrirán los cargos del trasplante, junto con todos los demás cargos cubiertos por el Fondo relacionados con la afección o enfermedad que haya hecho necesario el trasplante, que superen los $100,000. Si el costo de un trasplante supera ese límite, usted será responsable de la diferencia.

El Fondo cubre únicamente los trasplantes no experimentales de corazón, riñón, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, hígado, páncreas y córnea humanos. Los trasplantes experimentales no están cubiertos. La cobertura depende de que se continúen cumpliendo los criterios para la aprobación de trasplantes del proveedor de atención administrada hasta la fecha del trasplante.

Los siguientes servicios de trasplante no están cubiertos por el Fondo:

- El trasplante de un órgano sintético, artificial u obtenido de un cuerpo que no sea humano.
- Los cargos de un donante de órganos, excepto cuando el receptor esté cubierto por el Fondo y reciba el órgano en un trasplante de órganos cubierto. Cuando se coordine con el plan de salud del donante, el Fondo será secundario. Si se vende un órgano (es decir, no se dona), los cargos del donante no están cubiertos.
- Trasplantes realizados fuera de los EEUU.

Si usted o un miembro de su familia puede necesitar un trasplante de órganos, póngase en contacto con la oficina del Fondo lo antes posible para hablar de los beneficios que ofrece el Fondo para el trasplante.

Cirugía para reducción de peso

Los **beneficios médicos** cubren los cargos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, pero sólo cuando el índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) del paciente (peso en kilogramos/altura en metros al cuadrado) es superior a 40, o igual o superior a 35 con una afección médica comórbida, incluida la hipertensión, una afección cardiopulmonar, apnea del sueño o diabetes. El tratamiento quirúrgico del exceso, estiramiento o laxitud de la piel también está cubierto hasta un máximo de beneficio vitalicio de $5,000, pero sólo si es médicamente necesario como consecuencia del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida cubierto por el Fondo.

La ambulancia aérea sólo está cubierta si es médicamente necesario ser transportado por aire y no por tierra. No es médicamente necesario ser transportado por vía aérea si se puede acceder con seguridad a un centro que pueda proporcionar la atención médica necesaria mediante transporte terrestre. Salvo en ***caso de emergencia médica***, el transporte en ambulancia aérea debe ser autorizado previamente por el proveedor de atención médica administrada del Fondo o no estará cubierto.

Excepto el transporte en ambulancia que esté cubierto según lo descrito anteriormente, los cargos por cualquier otro tipo de transporte no están cubiertos.

El pago máximo anual del beneficio para los servicios de ambulancia terrestre y aérea combinados es de $1,000 por año civil.

En ningún caso el Plan pagará más del beneficio permitido para el transporte en ambulancia terrestre, ni más del importe de pago admisible para el transporte en ambulancia aérea. "Cantidad que reúne los requisitos de pago" se refiere a los cargos por transporte en ambulancia aérea fuera de la red que reconoce el Fondo de conformidad con la normativa emitida en virtud de la sección 717 de ERISA.

Usted no es legalmente responsable de los cargos por transporte en ambulancia aérea fuera de la red que superen la "cantidad de pago calificada", y el proveedor fuera de la red no puede "facturar el saldo" de dichos cargos. El Plan no cubre la facturación de saldo por cargos de transporte en ambulancia aérea fuera de la red.

Terapia física

Los **beneficios médicos** cubren la fisioterapia para pacientes hospitalizados mientras estén internados en un hospital debido a una lesión o enfermedad por la que se paguen los **beneficios hospitalarios**.

Los **beneficios médicos** cubren la terapia ambulatoria física, ocupacional, de rehabilitación, respiratoria y del habla recomendada por un médico y realizada por un terapeuta autorizado, hasta 40 consultas y un pago máximo de $750 durante cualquier año civil. La acupuntura no está cubierta.

Los **beneficios médicos** cubren el tratamiento quiropráctico realizado por un quiropráctico licenciado en los mismos términos y límites que la fisioterapia ambulatoria, excepto que no existe el requisito de que el tratamiento quiropráctico esté recomendado por un médico.

Transfusiones de sangre

Si usted o un dependiente reciben sangre completa como parte de un tratamiento cubierto, los **beneficios médicos** cubren los cargos por la sangre.

Mastectomías

Los **beneficios médicos** cubren los cargos de las personas que eligen la reconstrucción mamaria en relación con una mastectomía. Esto incluye:

- Reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía,
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para proporcionar un aspecto simétrico, y

OTROS BENEFICIOS DEL FONDO

El Fondo también cubre las siguientes situaciones:

Pruebas diagnósticas y cargos de laboratorio

Los **beneficios médicos** cubren los cargos por radiografías, pruebas diagnósticas de laboratorio y sus interpretaciones y otros servicios similares.

Servicios de atención preventiva

Los **beneficios médicos** cubren los cargos de los siguientes servicios de atención preventiva:

- Servicios basados en pruebas que tengan en vigor un índice de A o B en la recomendación actual del Equipo Especial de Servicios Preventivos de los EEUU para el individuo en cuestión. Esto incluye Cologuard cuando lo receta un médico.

- Inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigor las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para el individuo implicado.

- Para bebés, niños y adolescentes, atención preventiva basada en pruebas y pruebas de detección previstas en directrices integrales respaldadas por Health Resources and Services Administration.

- Para las mujeres, atención preventiva y pruebas de detección basadas en pruebas y previstas en las directrices integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration.

Los servicios de atención preventiva prestados por un proveedor **miembro** de la red CareFirst o FlexLink Network del Fondo que le correspondan no están sujetos a deducible y el Fondo paga el 100% de los cargos contratados de la red. Los servicios de atención preventiva prestados por un proveedor que **no** pertenezca a la red del Fondo están sujetos a las normas habituales de deducible y coaseguro que se aplican a otros servicios prestados por proveedores fuera de la red. Si desea más información sobre los servicios de atención preventiva, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

Transporte en ambulancia

Los **beneficios médicos** cubren los cargos por transporte en ambulancia médicamente necesario que se requiera:

- para el tratamiento de una ***afección médica de emergencia***, tal y como se define en la sección **Tratamiento en un servicio de emergencias**, anteriormente en este folleto;
- para transportar a un paciente de un hospital a un centro de enfermería especializada o de rehabilitación cuyos cargos estén cubiertos por el Fondo, o bien
- según lo haya autorizado previamente el proveedor de asistencia sanitaria administrada por el Fondo.

Este beneficio cubre los equipos y aparatos ortopédicos y protésicos. Este beneficio también cubre los equipos médicos no ortopédicos y no protésicos que sean necesarios para ser dado de alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada/rehabilitación o para evitar el ingreso en un hospital o en un centro de enfermería especializada/rehabilitación.

Los equipos y aparatos ortopédicos y protésicos sólo están cubiertos si han sido recetados por un médico.

No están cubiertos los aparatos auditivos ni los suministros o exámenes relacionados para su adaptación.

BENEFICIOS PARA CUIDADO PALIATIVO Y RESIDENCIA PARA ANCIANOS

Ciertos cargos para enfermos terminales o de una residencia de ancianos están cubiertos si usted o un dependiente padecen una enfermedad terminal y necesitan cuidados profesionales, pero no necesitan permanecer en el hospital. El concepto de cuidados paliativos se basa en la creencia de que, para ciertas enfermedades terminales, es mejor que el paciente esté en una institución con un entorno similar al de un hogar o que esté en casa. El concepto de cuidados paliativos gira en torno a aliviar el dolor y proporcionar asesoramiento al paciente y a los miembros de su familia.

Los cargos cubiertos por los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados o en residencias de ancianos se combinan con los **beneficios hospitalarios** y se pagan como si fueran cargos de un centro de enfermería especializada o de rehabilitación. No se cubren más de 60 días de cargos por hospitalización en hospicio u hogar de ancianos en un periodo consecutivo de 365 días, contados junto con los días cubiertos de hospitalización en hospital o centro de enfermería especializada o rehabilitación en el mismo periodo.

Los beneficios de cuidados paliativos para pacientes ambulatorios cubiertos se pagan en el marco de los beneficios de **atención médica a domicilio** que se describen a continuación.

Si desea más información sobre los beneficios de cuidados paliativos o de enfermería a domicilio, llame a la oficina del Fondo.

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Los **beneficios médicos** también cubren los cargos de **atención médica a domicilio**, hasta 100 consultas durante cualquier periodo de 365 días consecutivos, pero sólo para las consultas profesionales de atención médica a domicilio que sean necesarias para evitar o acortar una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada/rehabilitación y que se presten conforme a un plan de tratamiento redactado por un médico y el personal del organismo. Este beneficio también cubre los cuidados paliativos a domicilio en caso de enfermedad terminal. El equipo, los suministros y los medicamentos inyectables utilizados en el beneficio de la atención médica a domicilio también están cubiertos si son necesarios para evitar o acortar las estancias en el hospital o en un centro de enfermería especializada/rehabilitación. Para más información respecto a los beneficios de atención médica a domicilio, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

partera en las mismas condiciones en las que se cubrirían dichos cargos si fueran prestados por un médico. Además, el porcentaje de coaseguro de los **beneficios médicos** es del 100% para los cargos de un centro de maternidad autorizado y de una enfermera partera.

Los cuidados de una asistente profesional que acompaña en el parto ("doula") no están cubiertos.

Esterilización

Los cargos por esterilización para empleados y cónyuges, hombres o mujeres, están cubiertos como **servicios de atención preventiva**, tal y como se describe más adelante en este folleto.

Los cargos por esterilización de un hijo dependiente no están cubiertos.

Abortos

Para los abortos **médicamente necesarios** (no electivos) de un empleado o cónyuge dependiente, los cargos de hospitalización están cubiertos por los **beneficios hospitalarios** y los honorarios del médico por los **beneficios quirúrgicos**.

Los cargos por abortos electivos no están cubiertos.

Los cargos por cualquier tipo de aborto (electivo o médicamente necesario) para un hijo dependiente no están cubiertos.

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS

En virtud de los **beneficios del Fondo para trastornos de salud mental y abuso de sustancias** (**MHSUD**, por sus siglas en inglés), usted y sus dependientes elegibles reciben una serie de beneficios para el tratamiento de trastornos de salud mental y abuso de sustancias (drogas/alcohol). El tratamiento de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias se denomina en este folleto "Tratamiento MHSUD".

El Fondo cubre los cargos de hospitalización para el Tratamiento MHSUD cubierto por los **beneficios médicos** en las mismas condiciones que se aplican a los **beneficios hospitalarios**. El ingreso en un programa de tratamiento residencial autorizado se considera una hospitalización. Los días de hospitalización parcial y los cuidados intensivos ambulatorios se consideran tratamiento ambulatorio.

El Fondo cubre los cargos de asesoramiento individual o de grupo proporcionado por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social psiquiátrico autorizado en el marco de los **beneficios médicos** en las mismas condiciones que se aplican en el marco de los **beneficios para médicos**.

EQUIPOS Y APARATOS

Los **beneficios médicos** cubren el alquiler o la compra de determinados equipos y aparatos necesarios a causa de una lesión o enfermedad cubierta por el Fondo. El administrador determina si un equipo o aparato está cubierto según cada caso.

Este beneficio cubre las consultas médicas en la oficina, por telemedicina, en el hospital o en el departamento de emergencias.

Sólo están cubiertas las consultas a médicos colegiados (M.D., osteópata o podólogo).

No se pagan los beneficios de las consultas médicas para las visitas postoperatorias al cirujano. Los cargos de esas consultas están cubiertos mediante el pago del **beneficio quirúrgico**.

Los cargos por una segunda opinión quirúrgica de un médico especialista certificado por la Mesa Directiva y que no esté asociado económicamente con el médico que recomendó originalmente la cirugía están cubiertos, siempre y cuando la cirugía no sea realizada por el segundo médico. El porcentaje de coaseguro de los **beneficios médicos** es del 100% para una segunda opinión quirúrgica. Los cargos por una tercera opinión quirúrgica están cubiertos en las mismas condiciones que se aplican a una segunda opinión.

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

El Fondo proporciona prestaciones de maternidad para cubrir los cargos de una empleada o de su cónyuge dependiente por embarazo, parto, aborto médicamente necesario (no electivo) o aborto espontáneo. Sólo se conceden beneficios si la madre está cubierta en la fecha de la entrega. El Fondo no cubre ningún cargo relacionado con el embarazo, el parto, el aborto o el aborto espontáneo de los hijos dependientes, salvo los servicios de atención preventiva.

El Fondo no cubre los cargos relacionados con la inseminación artificial, la fecundación in vitro o cualquier otro tratamiento que mejore la fertilidad.

Los cargos hospitalarios relacionados con el embarazo, el parto o el aborto espontáneo están cubiertos por los **beneficios hospitalarios** descritos anteriormente.

Los honorarios del médico (que incluyen todos los cargos de atención prenatal, parto y posparto) están cubiertos por los **beneficios quirúrgicos** descritos anteriormente.

El Fondo no restringe la duración de la estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal normal o a menos de 96 horas tras una cesárea. El proveedor no está obligado a obtener la autorización previa del Fondo o de su proveedor de asistencia sanitaria administrada para recetar una duración de la estancia dentro de estos límites. Sin embargo, esto no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de que transcurran 48 horas tras un parto normal o 96 horas tras una cesárea.

Servicios de partera

Algunas futuras madres dan a luz en un centro de maternidad autorizado o en casa atendidas por una enfermera partera. Estos centros se especializan en partos en un entorno similar al del hogar con atención médica limitada. Una enfermera partera debe ser una especialista licenciada en partos sin complicaciones. El Fondo considera que una enfermera-partera es un médico cuando la enfermera-partera ejerce dentro del ámbito de su licencia, y cubrirá los cargos de la enfermera-

Se aplica un copago de $150 por cada consulta al departamento de emergencias. El copago no se aplicará si el paciente es ingresado en el hospital como paciente interno en relación con la consulta al departamento de emergencias.

En ningún caso el Fondo pagará más de la cantidad reconocida por los servicios de emergencia. "Cantidad reconocida" se refiere a los cargos por tratamientos de emergencia fuera de la red reconocidos por el Fondo de conformidad con la normativa emitida en virtud de la sección 716 de ERISA.

"Servicios de emergencia" significa:

- el tratamiento para estabilizar una ***afección médica de emergencia***, ya sea prestado en el servicio de emergencias o en cualquier otro servicio de un hospital;;
- un examen médico adecuado dentro de la capacidad del departamento de emergencias, incluidos los servicios auxiliares disponibles habitualmente en el departamento de emergencias, para evaluar si existe una ***afección médica de emergencia***, y
- los servicios y suministros adicionales prestados en cualquier departamento de un hospital después de que el paciente haya sido estabilizado y como parte de la observación ambulatoria, o de una estancia hospitalaria o ambulatoria, en relación con la consulta para la que se prestaron los servicios iniciales.

Usted no es legalmente responsable de los cargos por servicios de emergencia fuera de la red que superen la cantidad reconocida, y el proveedor fuera de la red no puede "facturar el saldo" de dichos cargos. El Fondo no cubre la facturación del saldo de los servicios de emergencia fuera de la red.

BENEFICIOS QUIRÚRGICOS

El Fondo cubre los cargos de las intervenciones quirúrgicas realizadas por un médico (M.D., osteópata o podólogo) según las normas de pago de los **beneficios médicos**.

Los cargos de un cirujano asistente sólo están cubiertos hasta el 20% de los cargos cubiertos del cirujano principal. Si los honorarios del cirujano (incluidos los cargos de cualquier asistente) superan el pago de los **beneficios médicos** por la intervención, deberá pagar la diferencia. Llame a la oficina del Fondo para informarse sobre el beneficio máximo a pagar por una operación.

Los cargos por la anestesia necesaria para una intervención quirúrgica cubierta se pagan según las normas de pago de los **beneficios médicos**. La anestesia sólo está cubierta para los cuidados dentales cuando el paciente es menor de seis años y es médicamente necesaria para el beneficio de un tratamiento dental cubierto por las estipulaciones de los beneficios dentales del Fondo.

BENEFICIOS DE LA CONSULTA MÉDICA

Los cargos de consulta médica no quirúrgica están cubiertos según las normas de pago de los **beneficios médicos**.

Fondo. El hospital debería encargarse de ello, pero usted será responsable si no obtiene la autorización previa. **EL FONDO NO CUBRE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS QUE NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE**. No se autorizarán previamente las estancias hospitalarias salvo que sea médicamente necesario ser tratado en régimen de hospitalización. Póngase en contacto con la oficina del Fondo si necesita más información sobre la autorización previa.

Tratamiento ambulatorio

Los cargos de instalación de un hospital o centro quirúrgico por tratamiento ambulatorio están cubiertos según las normas de pago de los **beneficios médicos**.

Cargos varios

Ciertos cargos de hospitalización y ambulatorios, como la anestesia, los gastos del servicio de urgencias (si están cubiertos como se explica más adelante), los cargos de quirófano, los medicamentos, los honorarios de laboratorio y los suministros están cubiertos según las normas de pago de los **beneficios médicos**. Ciertos cargos de cuidados paliativos o en residencias de ancianos, aborto no electivo y esterilización también están cubiertos según las normas de pago de los **beneficios médicos**.

El Fondo no cubre:

- los cuidados de custodia (salvo los cuidados paliativos en determinados casos de enfermedad terminal)
- enfermeros especiales, teléfono, televisión, gastos por completar formularios de reclamación, etc.
- el tratamiento relacionado con cualquiera de las causas enumeradas en **Exclusiones generales**

TRATAMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

Los cargos de la instalación de un servicio de emergencia de un hospital pueden estar cubiertos por los **beneficios médicos**. Para que se cubran los cargos del centro del departamento de emergencias, el paciente debe tener una ***afección médica de emergencia***, que es una afección médica (incluida una afección de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias) que presenta síntomas de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que una persona prudente con conocimientos medios de salud y medicina podría creer razonablemente que el hecho de no recibir atención médica inmediata podría:

- pondría en grave peligro la salud del paciente (incluido el feto de una mujer embarazada), o
- provocar un deterioro grave de las funciones corporales del paciente, o
- provocar una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

No se cubrirán los cargos del servicio de emergencias de un hospital por el tratamiento de una afección que no esté calificada como ***afección médica de emergencia***. Los cargos del médico del servicio de emergencias (M.D., osteópata o podólogo) por el tratamiento de una ***afección médica de emergencia*** están cubiertos por los **beneficios de consulta al médico** (ver a continuación).

EJEMPLO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

EJEMPLO – Está hospitalizado diez días para someterse a una intervención quirúrgica.

Tipo de servicio/beneficio	**Cargos incurridos***	**Gastos cubiertos**	**No cubiertos**
Cuarto y comida durante 10 días a $750 por día	$ 7,500	$ 7,500	$
Cargos varios de hospital	$ 5,100	$ 5,100	$
Honorarios del médico	$ 250	$ 200	$ 50
Honorarios del cirujano	$ 1,600	$ 1,600	$
Gastos de paciente ambulatorio			
Atención médica a domicilio (4 consultas)	$ 200	$ 160	$ 40
Radiografías	$ 150	$ 150	$
Total, de cargos	**$14,800**		
Total, de gastos cubiertos		$14,710	
Menos el deducible anual		($300)	
Gastos reconocidos por los beneficios médicos		$ 14,410	
Los beneficios médicos pagan (80% de $10,000 más 100% de 4,410)		$ 12,410	
Diferencia que usted paga		**$ 2,000**	Desembolso directo máximo)

*Los "cargos incurridos" suponen que los cargos por cada artículo no superan el beneficio permitido. Los cargos que superen el beneficio permitido no están cubiertos por el Fondo.

BENEFICIOS DEL HOSPITAL

Cuarto y comida

Si usted o sus dependientes son hospitalizados, el Fondo cubre los gastos de hospitalización por habitación semiprivada y comida en el marco de los **beneficios médicos**. Los cargos de cuidados intensivos están cubiertos hasta dos veces el costo de una habitación semiprivada.

Si el paciente es trasladado a un centro de enfermería especializada o de rehabilitación directamente desde una estancia hospitalaria, el Fondo cubre la estancia en el centro de enfermería especializada o de rehabilitación como si se tratara de una estancia hospitalaria. No se cubren más de 60 días de gastos de hospitalización y de estancia en un centro de enfermería especializada o de rehabilitación durante un periodo consecutivo de 365 días. El beneficio diario de alojamiento y comida que se pagará por la estancia en el centro de enfermería especializada o de rehabilitación no superará el 50% del beneficio diario de alojamiento y comida que se pagó por la estancia en el hospital.

Los ingresos hospitalarios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y salud mental están cubiertos por el **beneficio de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias**.

Requisito de autorización previa

Antes de que usted o sus dependientes sean ingresados en el hospital, asegúrese de que el ingreso hospitalario ha sido autorizado previamente por el proveedor de atención médica administrada del

NORMAS DE PAGO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

Los **beneficios médicos** pagan sus gastos cubiertos de atención médica del siguiente modo.

Primero debe pagar un deducible anual de $300. Después del deducible, los **beneficios médicos** pagan el 80% de sus primeros $10,000 de gastos cubiertos por año civil, y el 100% de sus gastos cubiertos por encima de $10,000 por año civil. Usted paga el 20% restante de sus primeros $10,000 de gastos cubiertos por año civil, pero ninguno de sus gastos cubiertos por encima de $10,000 por año civil. En otras palabras, después de pagar el deducible de $300, sólo tiene que pagar un máximo de $2,000 al año, es decir, el 20% de sus primeros $10,000 de gastos. Esto se denomina "máximo de desembolso directo". El máximo de desembolso directo se aplica por separado a usted y a cada miembro de su familia. En ningún caso el desembolso máximo total pagado por todos los miembros de su familia juntos superará los $4,600 al año.

El pago del 80% de los **beneficios médicos** y las normas de desembolso directo sólo se aplican a los servicios y suministros que reciba de proveedores que pertenezcan a la red CareFirst o FlexLink Network del Fondo (la que le corresponda). **Si recibe servicios y suministros de proveedores que no son miembros de la Red del Fondo que le corresponda, entonces los beneficios médicos sólo pagan el 60% del beneficio permitido (descrito a continuación) y usted debe pagar todos los demás cargos, y no hay desembolso máximo.**

Deducibles anuales. Cada persona cubierta deberá abonar los primeros $300 en gastos de atención médica cubiertos cada año civil antes de que empiecen a pagarse los **beneficios médicos**. Sin embargo, no tendrá que pagar más de $600 en deducibles para toda su familia en un mismo año. Además, cualquier cantidad que pague para su deducible anual en octubre, noviembre y diciembre de un año también se contabiliza para el deducible del año siguiente.

Los **beneficios médicos** de los gastos por una segunda opinión quirúrgica, o por los gastos de una partera autorizada y de un centro de maternidad autorizado, están cubiertos al 100%, sin deducible. Además, el deducible no se aplica a los servicios de atención preventiva que se describen más adelante en este folleto, prestados por un miembro de la red del Fondo que le corresponda.

Beneficio permitido. Usted es responsable de todos los cargos de los proveedores fuera de la red que superen el Beneficio Permitido. Los cargos que superen el Beneficio Permitido no se tendrán en cuenta para ningún propósito del Plan. Para cualquier servicio o suministro, el Beneficio Permitido es el menor de (1) el cargo real del proveedor o (2) la cantidad que el Plan hubiera pagado a un proveedor de la Red por el mismo servicio o suministro según determine el Administrador a su discreción. Si el Administrador no puede determinar la cantidad que el Plan habría pagado a un proveedor de la red, en su lugar se utilizará el 150% de la cantidad que permitiría Medicare.

Los **beneficios médicos** no se pagan por:

- atención dental, salvo lesiones accidentales en dientes naturales
- medicamentos recetados
- anteojos, los lentes de contacto, los aparatos auditivos o los exámenes para su adaptación

Los puntos mencionados anteriormente están cubiertos bajo las secciones de **Beneficios ópticos, medicamentos recetados y dentales** que se describen más adelante en este folleto.

SEGURO DE VIDA Y DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL
(Sólo para empleados)

El Fondo proporciona un beneficio de seguro de vida de $5,000 a los empleados cubiertos en caso de muerte por cualquier causa.

Además del beneficio de seguro de vida, el Fondo le proporciona $5,000 adicionales de beneficios por muerte y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés), si fallece dentro de los 90 días siguientes y como consecuencia directa de un accidente no relacionado con el trabajo. Su beneficiario percibirá los beneficios AD&D.

Si pierde un miembro o la vista dentro de los 90 días siguientes, y como consecuencia directa de un accidente no relacionado con el trabajo, se le pagarán los beneficios AD&D. Recibirá la totalidad de los $5,000 de los beneficios AD&D si pierde ya sea:

- las dos manos o los dos pies
- la vista de dos ojos
- una mano y un pie
- un miembro (mano o pie) y la vista de un ojo

Recibirá $2,500 de beneficios de AD&D si sólo pierde una mano o un pie o la vista de un ojo.

No se pagarán los beneficios de AD&D si su pérdida o muerte se debe a alguna de las causas indicadas en la sección **Exclusiones generales**.

Cuando se pagan los beneficios del Seguro de Vida y de AD&D

El beneficiario nombrado en su formulario de inscripción recibirá sus prestaciones del seguro de vida y de AD&D después de que la oficina del Fondo reciba la prueba de su muerte. Su beneficiario debe solicitar los beneficios del seguro de vida y de AD&D en el plazo de un año tras su muerte o no se pagarán los beneficios.

Su beneficiario es la persona que usted nombra en su formulario de Inscripción para obtener sus beneficios cuando fallezca. Puede nombrar a cualquier persona que desee como beneficiario, pero debe tener su nombre en el formulario de inscripción archivado en la oficina del Fondo. Si no tiene un beneficiario nombrado válidamente, sus beneficios se pagarán a la primera persona (o personas) viva(s) de esta lista: (1) su cónyuge, (2) sus hijos y (3) su patrimonio. Si alguno de los beneficiarios es menor de 18 años, el Fondo retendrá el beneficio hasta que el beneficiario cumpla los 18 años o hasta que el Fondo reciba una orden judicial para pagar el beneficio antes.

Norma especial para los hijos incapacitados mayores de 25 años

Normalmente, sus hijos pierden la cobertura al cumplir los 26 años. Sin embargo, su hijo mayor de 25 años puede estar cubierto si vive con usted y padece una incapacidad mental o física que le impida trabajar. La incapacidad debe haber comenzado antes de que su hijo cumpla 26 años. Deberá presentar una prueba de la incapacidad satisfactoria para el Administrador.

Hijos adoptados

Una vez finalizada una adopción legal, su hijo adoptivo estará cubierto por las mismas normas que se aplican a los hijos naturales. Un hijo puesto bajo su custodia en virtud de una orden judicial pendiente de adopción también puede estar cubierto antes de que finalice la adopción si usted tiene una obligación legal de manutención del hijo en previsión de la adopción del mismo.

Cónyuge "de derecho común"

Si demuestra que ha estado viviendo con una persona del sexo opuesto como marido y mujer y ha estado diciendo al público que son marido y mujer durante un año o más y esa persona ha figurado como su cónyuge en su formulario de inscripción presentado en la oficina del Fondo durante al menos seis meses completos, entonces estará cubierto como su cónyuge dependiente "de derecho común". Sólo una persona a la vez puede estar cubierta como su cónyuge dependiente.

Cambiar su formulario de inscripción

Si elimina el nombre de un cónyuge o hijo dependiente de su formulario de inscripción archivado en la oficina del Fondo, ese cónyuge o hijo perderá inmediatamente la cobertura de los beneficios. Para obtener de nuevo la cobertura de ese cónyuge o hijo, deberá volver a poner su nombre en su formulario de inscripción y después de hacerlo deberá esperar seis meses antes de que vuelva a estar cubierto.

RECUERDE: DEBE PRESENTAR EN LA OFICINA DEL FONDO UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ACTUALIZADO EN EL QUE FIGUREN TODOS SUS DEPENDIENTES Y EL BENEFICIARIO DE SU SEGURO DE VIDA.

Órdenes de Apoyo Médico Infantil Calificadas

Si se divorcia o separa o ha tenido un hijo fuera del matrimonio, un tribunal puede emitir una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada ("QMCSO", por sus siglas en inglés) que requiera que el Fondo proporcione cobertura a un hijo suyo que, de otro modo, no cumpla los requisitos para la cobertura de dependientes. Si el Fondo recibe una QMCSO que exige la cobertura de un hijo suyo, recibirá información especial sobre lo que debe hacer. El Fondo dispone de procedimientos que rigen la tramitación de las QMCSO.

Para que se transfieran sus cotizaciones, debe firmar el formulario de autorización de reciprocidad y presentarlo en el Fondo donde trabaja. Debe presentar un formulario de autorización de reciprocidad por separado para cada Fondo externo en el que trabaje.

Hasta que no presente el formulario de autorización de reciprocidad en la oficina del Fondo externo, las cotizaciones del empleador por su trabajo en la jurisdicción del Fondo externo no serán transferidas de nuevo al CWTF.

Algunos empleadores tienen un acuerdo especial con los fondos externos por el que las cotizaciones patronales por su trabajo se reintegran directamente al CWTF, sin que usted tenga que presentar el formulario de autorización de reciprocidad. Si trabaja fuera de la jurisdicción de la CWTF, debe comprobar con su empleador si éste tiene un acuerdo especial con el Fondo externo o no.

Si tiene alguna pregunta sobre los acuerdos de reciprocidad, debe ponerse en contacto con la oficina del Fondo del CWTF.

COBERTURA COMO DEPENDIENTES PARA LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA

En general

Cuando cumpla los requisitos de cobertura de su propio Fondo, su cónyuge y sus hijos dependientes elegibles también estarán cubiertos para la mayoría de los beneficios. En general, las personas dependientes que están cubiertas son su cónyuge legalmente casado y sus hijos (naturales o legalmente adoptados) menores de 26 años.

Exclusiones

Su cónyuge no está cubierto para los beneficios si está divorciado, separado legalmente, ha firmado un acuerdo de separación o ha abandonado a su cónyuge. Su cónyuge tampoco está cubierto si no han convivido durante 12 meses y durante ese tiempo estuvo viviendo con otra persona.

Sólo pueden ser elegibles los cónyuges y sus hijos. Los nietos, sobrinas, sobrinos, etc. no pueden estar cubiertos salvo que los adopte legalmente como hijos propios.

Normas especiales para hijos dependientes

Hijastros

Los hijastros (hijos naturales o adoptados de su cónyuge legalmente casado, pero que no son sus hijos naturales o adoptados) sólo están cubiertos si viven con usted y usted es responsable económicamente de ellos.

Recién nacidos

Antes de que se pague cualquier reclamación por el bebé recién nacido, deberá presentar un justificante de nacimiento y actualizar su formulario de afiliación a los beneficios para el bebé. Para continuar la cobertura del bebé durante más de 90 días tras el nacimiento, deberá presentar una acta de nacimiento.

(5) Una vez seleccionada la Cobertura COBRA, usted o sus dependientes pasan a tener derecho a Medicare. Nota - usted pasa a ser *elegible* a Medicare cuando cumple 65 años. No adquiere derecho a Medicare hasta que cumpla los 65 años y solicite efectivamente el Seguro Social o Medicare. No obstante, si pierde su Cobertura COBRA porque adquiere *derecho* a Medicare y su cónyuge no tiene derecho a Medicare, su cónyuge puede tener Cobertura COBRA efectuando sus propios autopagos COBRA. Su cónyuge puede tener la Cobertura COBRA hasta 18 meses después de que comenzara su Cobertura COBRA. Si a su cónyuge le ocurre alguno de los hechos descritos anteriormente, entonces perderá el derecho a tener la Cobertura COBRA. La Cobertura COBRA para su cónyuge según estas estipulaciones no le proporcionará ningún beneficio.

Este folleto sólo contiene un resumen de las normas de Cobertura COBRA. Se le proporcionará información más detallada sobre la Cobertura COBRA cuando pierda la cobertura del Fondo, siempre que lo notifique por escrito a la oficina del Fondo cuando se le solicite, tal y como se ha explicado anteriormente. Llame a la oficina del Fondo si tiene alguna pregunta sobre la Cobertura COBRA. Al final de este folleto se indica más información sobre COBRA en la **"Notificación importante sobre sus derechos de continuidad de la cobertura conforme a COBRA".**

Cobertura durante la incapacidad

Si queda totalmente incapacitado durante al menos seis semanas en un trimestre de elegibilidad, a efectos de la norma de elegibilidad regular se le pueden acreditar hasta 300 horas trabajadas en ese trimestre. Para recibir ese crédito, debe haber trabajado al menos 1,000 horas en los cuatro trimestres de elegibilidad anteriores a quedar incapacitado y debe haber estado cubierto por los beneficios en el momento de quedar incapacitado. Si sigue incapacitado después de ese primer trimestre de elegibilidad, se le podrá conceder un segundo trimestre de cobertura. Si sigue incapacitado después del segundo trimestre de elegibilidad, puede solicitar dos trimestres adicionales de cobertura presentando una solicitud por escrito para continuar con la cobertura a la oficina del Fondo.

Para tener derecho a esta cobertura mientras esté incapacitado, deberá enviar a la oficina del Fondo una prueba satisfactoria de que no puede trabajar debido a la incapacidad. Esta prueba puede ser una carta de su doctor. Si está recibiendo beneficios del seguro de compensación para trabajadores, esta prueba debe ser una carta de la compañía de Compensación para Trabajadores en la que se indique que está recibiendo beneficios por incapacidad total.

RECIPROCIDAD

Si trabaja fuera de la jurisdicción del Construction Workers' Trust Fund (CWTF) y desea que las cotizaciones al seguro de enfermedad efectuadas por su empleador en la zona donde trabaja vuelvan al CWTF, debe ponerse en contacto con la Oficina del Fondo y preguntar si el CWTF tiene un acuerdo recíproco con el fondo de la zona donde trabaja. Si existe un acuerdo recíproco, puede firmar un formulario de autorización dando instrucciones al Fondo en el que trabaja para que transfiera de nuevo sus cotizaciones al CWTF.

durante los 18 meses siguientes a la pérdida de la cobertura del Fondo. Usted y sus dependientes pueden tener la Cobertura COBRA durante un máximo de 24 meses si no tienen suficientes horas o si terminan su empleo porque les llaman para realizar un servicio militar cubierto por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados ("USERRA", por sus siglas en inglés)

(2) Si elige la Cobertura COBRA y usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos queda incapacitado a efectos del Seguro Social en cualquier momento durante los primeros 60 días de la Cobertura COBRA, es posible que se le permita tener la Cobertura COBRA hasta 29 meses (en lugar de 18 meses) a partir de la fecha en que perdió la cobertura del Fondo. **Para ser elegible para la extensión a 29 meses, usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos debe notificarlo por escrito a la oficina del Fondo en los 60 días siguientes a que el Seguro Social emita su determinación de incapacidad y antes de que finalicen los 18 meses ordinarios de Cobertura COBRA**. La oficina del Fondo le comunicará entonces si procede la extensión a 29 meses. **No puede haber extensión salvo que la notificación de la determinación de incapacidad del Seguro Social se entregue por escrito a la oficina del Fondo en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación y antes de que finalicen los 18 meses ordinarios de Cobertura COBRA.**

(3) Si fallece mientras está cubierto por el Fondo, sus dependientes pueden tener la Cobertura COBRA hasta 36 meses después de su muerte. Si fallece mientras tiene la Cobertura COBRA, sus dependientes podrán tener la Cobertura COBRA hasta 36 meses después de cuando comenzó su Cobertura COBRA.

(4) Si usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente, o si su hijo deja de reunir los requisitos para ser considerado dependiente, su ex cónyuge o su hijo dependiente podrán tener la Cobertura COBRA hasta 36 meses.

Finalización de la Cobertura COBRA

En todos los casos, la Cobertura COBRA de usted o sus dependientes finalizará antes de los plazos indicados anteriormente si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

(1) Usted y/o sus dependientes no eligen la Cobertura COBRA y no efectúan su primer autopago COBRA antes de la fecha límite indicada en los materiales COBRA enviados por la oficina del Fondo.

(2) Usted y/o sus dependientes no efectúan ningún autopago COBRA posterior antes del último día del mes para el que debe efectuarse el autopago.

(3) Usted o sus dependientes no cumplen los demás requisitos para los autopagos que se explican en los materiales de COBRA enviados por la oficina del Fondo.

(4) Una vez elegida la Cobertura COBRA, usted y/o sus dependientes pasan a estar cubiertos por otro plan médico grupal.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA MEDIANTE AUTOPAGO COBRA

Las normas de autopago del Fondo cumplen una ley federal denominada "COBRA". Las normas de autopago de COBRA se resumen a continuación.

Si pierde la cobertura del Fondo porque no trabaja suficientes horas, la oficina del Fondo le notificará su derecho a realizar autopagos para continuar con la cobertura del Fondo, lo que denominamos "Cobertura COBRA". No podrá efectuar autopagos para tener la Cobertura COBRA si ha perdido su empleo debido a una "falta grave"

Los cónyuges y sus hijos dependientes también pueden efectuar autopagos para tener Cobertura COBRA si pierden la cobertura del Fondo a causa de su muerte, un divorcio o separación legal o porque su hijo ya no reúne los requisitos para ser considerado dependiente. **Para que las personas a su cargo puedan realizar autopagos de la cobertura COBRA tras un divorcio, una separación legal o si dejan de reunir los requisitos como dependientes, usted o sus dependientes deben notificarlo por escrito a la oficina del Fondo en un plazo de 60 días posterior al evento**. Tras recibir dicha notificación, la oficina del Fondo notificará a las personas afectadas sus derechos de autopago de la Cobertura COBRA. **Si no se notifica por escrito estos hechos a la oficina del Fondo en un plazo de 60 días a partir de que se produzcan, la Cobertura COBRA no estará disponible.**

Entre los hijos dependientes se incluyen los hijos nacidos de usted, adoptados por usted o dados en adopción mientras tenga la Cobertura COBRA. Para que dicho hijo tenga la Cobertura COBRA, deberá notificarlo por escrito a la oficina del Fondo en un plazo de 30 días tras el suceso. Si la notificación se realiza a tiempo, el hijo recién nacido o adoptado tendrá Cobertura COBRA a partir de la fecha del nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Los índices de autopago de la Cobertura COBRA los determina el actuario del Fondo y se actualizan periódicamente. Llame a la oficina del Fondo para conocer los índices COBRA actuales. Si trabajó algunas horas, pero no las suficientes para obtener la cobertura del Fondo, las cotizaciones del empleador por su trabajo se utilizan para reducir la cantidad del autopago de COBRA que debe efectuar para tener la Cobertura COBRA. (El autopago mínimo es de $25.00 al mes.) Si un dependiente hace una selección separada de la Cobertura COBRA, no obtiene crédito por las cotizaciones del empleador por su trabajo.

La Cobertura COBRA incluye todos los beneficios regulares proporcionados por el Fondo, salvo que la Cobertura COBRA no incluye los beneficios de AD&D.

Duración de la Cobertura COBRA

A continuación, se indican los periodos de tiempo máximos durante los cuales usted o un dependiente pueden tener normalmente la Cobertura COBRA. El derecho a la Cobertura COBRA puede finalizar antes, tal y como se explica a continuación en la sección "Finalización de la Cobertura COBRA".

(1) Si pierde la cobertura del Fondo porque no tiene suficientes horas de cotizaciones del empleador, usted y sus dependientes podrán tener, por lo general, la Cobertura COBRA

Sólo podrá acogerse a la norma especial de elegibilidad inicial hasta que pase a estar cubierto por la norma de elegibilidad regular. Una vez que pase a estar cubierto conforme a la norma de elegibilidad regular, no podrá volver a utilizar la norma especial de elegibilidad inicial.

Si fallece después de estar cubierto, sus dependientes pueden continuar su cobertura del Fondo efectuando autopagos para la Cobertura COBRA como se explica a continuación.

El documento del Plan NPL contiene las normas de elegibilidad completas del Fondo. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

Todas las reclamaciones deben mostrar su nombre y su número del Seguro Social. Si la reclamación es para un miembro de su familia, indique su nombre y el parentesco con usted (cónyuge o hijo). Es posible que le pidan un acta de nacimiento o de matrimonio u otra prueba del parentesco.

Si tiene alguna pregunta o duda respecto a una reclamación presentada, no llame a la oficina del Fondo hasta que haya transcurrido al menos una semana desde la presentación de la reclamación. Demasiadas llamadas pueden retrasar el pago.

Si su reclamación es denegada, puede apelar la denegación ante los Fideicomisarios. Las normas para presentar una apelación se indican más adelante en este folleto.

CUANDO USTED ESTÁ CUBIERTO

Para estar cubierto por los beneficios del Fondo, debe cumplir los requisitos de elegibilidad basados en las horas trabajadas por las que las cotizaciones del empleador se abonan al Fondo. Si su Empleador no aporta cotizaciones suficientes en su nombre al Fondo, por lo general no obtendrá la cobertura del Fondo.

Norma de elegibilidad regular

La "norma de elegibilidad regular" para la cobertura del Fondo se basa en las cotizaciones del empleador por el trabajo durante los trimestres de elegibilidad. Los trimestres de elegibilidad son enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre. Si su empleador aporta al menos 300 horas por su trabajo durante un trimestre de elegibilidad, en el siguiente trimestre de cobertura tendrá cobertura del Fondo. El siguiente cuadro muestra cómo funciona la norma de elegibilidad regular:

300 horas durante Trimestre de elegibilidad	cubierto durante trimestre de cobertura
1 de enero a 31 de marzo	1 de junio a 31 de agosto
1 de abril al 30 de junio	1 de sept. al 30 de nov.
1 de julio al 30 de sept.	1 de dic. al 28 de feb.
1 de oct. al 31 de dic.	1 de marzo al 31 de mayo

Norma especial de elegibilidad inicial

La "norma especial de elegibilidad inicial" le ayuda a obtener la cobertura del Fondo por primera vez con mayor rapidez.

- Si su empleador aporta al menos 130 horas por su trabajo en un mes civil, tendrá cobertura del Fondo durante el segundo mes civil siguiente.

- Si su empleador cotiza al menos 230 horas por su trabajo en dos meses civiles consecutivos, tendrá cobertura del Fondo durante el segundo y el tercer mes civil siguientes.

Su reclamación debe presentarse a tiempo para que esté cubierta. Las reclamaciones deben presentarse en el plazo de un año desde que se recibió el tratamiento o se incurrió en el gasto, o la reclamación no estará cubierta.

Si se le pide a usted (o a sus dependientes) que acuda a un médico para someterse a un examen relacionado con una reclamación y no lo hace, usted (o su dependiente) puede perder la cobertura de la reclamación en cuestión.

Si los beneficios a los que usted (o su dependiente) no tiene derecho son pagados por el Fondo, deberá reembolsarlos. Si no los reembolsa, usted (o su dependiente) puede perder la cobertura del Fondo.

Si la reclamación tiene su origen en un acto de violencia, es posible que tenga que proporcionar una copia del informe policial y otros datos a la oficina del Fondo, corriendo con los gastos, antes de que se pueda tramitar su reclamación.

RECLAMACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS

Si presenta una reclamación de beneficios falsa o fraudulenta, ésta será denegada y usted (y sus dependientes) podrían perder la cobertura de todos los beneficios del Fondo. Además, presentar una reclamación falsa o fraudulenta es un delito federal y el Fondo puede emprender acciones legales contra usted.

CÓMO RECLAMAR SUS BENEFICIOS

Los proveedores de las redes, CareFirst Network y FlexLink Network presentarán las reclamaciones de beneficios por usted. No es necesario que presente un formulario de reclamación en la oficina del Fondo si utiliza un proveedor de la red.

Si recurre a un proveedor fuera de la red, éste podría presentar su reclamación de beneficios por usted. Es responsabilidad suya averiguar si presentan la reclamación por usted. **Si no presentan la reclamación por usted, deberá presentarla usted mismo.** Usted o sus sobrevivientes deben presentar una reclamación para recibir los beneficios del seguro de vida y de AD&D. Para presentar una reclamación

1. Obtenga un formulario de reclamación en la oficina del Fondo en 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044. También puede llamar al 410-884-1406 o consultar la página web: www.ourbenefitoffice.com/ConstructionWorkersTrustFund/Benefits.
2. Complete su parte del formulario y pida al proveedor que complete el resto.
3. Adjunte todos los recibos y facturas a su formulario de reclamación.
4. Envíe por correo o lleve toda la información a la oficina del Fondo.
5. Debe presentar su reclamación en la oficina del Fondo **antes de que transcurra un año** desde que recibió el tratamiento o incurrió en un gasto. Si no presenta su reclamación en el plazo de un año, el Fondo **no** le pagará los beneficios.

EXCLUSIONES GENERALES

(Consulte también los límites indicados en la explicación de cada beneficio)

El Fondo no cubre:

- enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo (de su trabajo habitual, de un trabajo a tiempo parcial o mientras está pluriempleado)
- enfermedades o lesiones cubiertas por el seguro de "compensación para trabajadores" *(Workers' Compensation Insurance)*
- las lesiones que reciba mientras participe en un acto delictivo, evada la detención, mala conducta, altercado con su cónyuge, padres, hijos, hermanos o cualquier persona que viva con usted, motín, actividad mercenaria o servicio militar
- lesiones recibidas en un avión (salvo que se trate de un vuelo programado en una compañía aérea regular)
- lesiones autoinfligidas, suicidio o intento de suicidio, salvo que estén causados por una enfermedad mental o nerviosa
- los tratamientos estéticos, salvo que se deban a una lesión accidental
- la retirada de prótesis, implantes o aparatos cuya colocación no fuera médicamente necesaria o que estuvieran excluidos de la cobertura de otro modo
- cargos incurridos en un hospital gubernamental o por el tratamiento de un médico o dentista empleado por el gobierno, o cuando usted sea elegible para recibir beneficios de una agencia o programa federal o estatal, excepto cuando lo exija la ley
- gastos que no se le cobrarían si no tuviera cobertura del Fondo, gastos que no se le pueden cobrar legalmente y gastos que no está obligado a pagar
- reversión de una esterilización
- inseminación artificial, fecundación in vitro o cualquier otro procedimiento que aumente la fertilidad, incluidas las consultas en el consultorio o los servicios de diagnóstico correspondientes
- gastos que superen el beneficio permitido
- tratamientos, dispositivos médicos o medicamentos que no sean médicamente necesarios
- tratamientos, dispositivos médicos o medicamentos experimentales
- cargos cuando el médico, el personal residente del hospital o el interno facturen con el número de identificación fiscal del hospital
- cuidados de custodio
- cargos por completar formularios de reclamación
- cargos por tratamiento de la articulación temporomandibular que superen los $500
- tratamiento de disfunciones sexuales que no estén relacionadas con una enfermedad orgánica (salvo que estén cubiertas específicamente por el beneficio de medicamentos con receta)
- cargos por artículos de conveniencia, historiales o informes médicos, gastos de correo o citas a las que no se acude o a las que no se acude
- programas de pérdida de peso
- aparatos auditivos

RESUMEN DE BENEFICIOS

He aquí un breve resumen de los beneficios que ofrece el Fondo. Las explicaciones sobre los beneficios que figuran más adelante en este folleto proporcionan los límites específicos de los beneficios y otra información importante. "Beneficio permitido" significa la cantidad máxima que tiene en cuenta el Plan, tal y como se explica más adelante en este folleto en la sección de beneficios médicos.

Seguro de vida (sólo para empleados)	$5,000
Seguro de AD&D (sólo para empleados)	$5,000
Deducible anual	$300 por persona $600 por familia
Coaseguro – Para los proveedores de la red, el Fondo paga	80%
Y usted paga	20%, hasta
Coaseguro anual – Límite de desembolso directo	$2,000 por persona
Entonces el Fondo paga el	100%
Coaseguro – Para proveedores fuera de la red, el Fondo paga	60% de beneficio permitido
Y usted paga	Todos los demás cargos (sin límite de desembolso directo)
Beneficios hospitalarios (dentro de la red)	80%
Beneficios médico/quirúrgicos (dentro de la red)	80%
Atención Médica a Domicilio (dentro de la red)	80%
Medicamentos recetados	80% 70% para determinados medicamentos especializados salvo que se obtengan a través de PrudentRx
Atención dental	$1,000 máximo por Persona al año

inferior derecha con la palabra “PPO” escrita. Si no encuentra “PPO” escrito en una pequeña maleta en su tarjeta de identificación, sólo tiene acceso a la red CareFirst Network local.

La mayoría (pero no todos) de los proveedores de atención médica de Maryland, D.C. y los suburbios del norte de Virginia pertenecen a la CareFirst Network. La mayoría (pero no todos) de los proveedores de atención médica de los EEUU pertenecen a la FlexLink Network.

No está obligado a acudir a proveedores de atención médica que pertenezcan a las redes. No obstante, los proveedores de la red cobran tarifas reducidas por sus servicios, por lo que recurrir a proveedores que pertenezcan a la Red que le cubre puede suponer un ahorro considerable.

Como se explica más adelante en este folleto, si acude a un proveedor que pertenece a la red que le cubre, el Fondo paga el 80% de los gastos contratados de la red y usted sólo paga el 20%. **Sin embargo, si utiliza un proveedor que no pertenece a la red que le cubre, el Fondo paga sólo el 60% del "beneficio permitido" y usted paga el 40% del beneficio permitido más el 100% de los cargos del proveedor que superen el beneficio permitido. Por beneficio permitido se entiende el cargo máximo reconocido el Fondo, como se explica más adelante en este folleto en la sección de Beneficios Médicos. Se aplican normas especiales a determinados cargos de proveedores fuera de la red que pueden limitar la cantidad que tiene que pagar; consulte la sección "Normas especiales para determinados proveedores fuera de la red" más adelante en este folleto**

Si su doctor le remite a otro proveedor de atención médica, deberá solicitar que le remitan a un proveedor de la red. Debería haber recibido información de la oficina del Fondo sobre cómo utilizar la red que le cubre y cómo determinar si su proveedor pertenece a la red. Si tiene alguna duda, llame a la oficina del Fondo. En la última página de este folleto encontrará instrucciones sobre cómo utilizar el sitio web de CareFirst para determinar si un proveedor pertenece a su red.

NOTA – Salvo que se estipule expresamente en este folleto, el Fondo no cubre los servicios médicos prestados por personas que no sean médicos. Se consideran médicos los osteópatas y podólogos colegiados. El hecho de que un proveedor pertenezca a la red no significa que sus servicios estén cubiertos por el Fondo – asegúrese de que es médico o uno de los tipos de personas que no son médicos que este folleto dice que están cubiertos.

ACERCA DE ESTE FOLLETO

Este folleto del Plan NPL le explica los beneficios que le corresponden en virtud del Construction Workers' Trust Fund (CWTF o Fondo): qué beneficios tiene, cómo reclamarlos y cómo puede perderlos. Este Folleto Núm. NPL 6 (enero de 2025) sustituye a todos los folletos anteriores. Este Folleto del Plan NPL sólo se aplica si tiene cobertura por trabajar para un empleador que aporta el índice correspondiente al Plan NPL. Si trabaja para un empleador que aporta el índice del Plan Regular, este folleto no le será de aplicación y deberá pedir a la oficina del Fondo un ejemplar del Folleto del Plan Regular. Lea detenidamente este folleto para saber cómo puede ayudarle su Fondo en caso de necesidad

Este folleto contiene un resumen de los beneficios ofrecidos a partir del 1 de enero de 2025. El Plan de Salud y Bienestar de la CWTF - Plan NPL indica las normas oficiales para recibir los beneficios de la CWTF. Las estipulaciones del Plan NPL, del Acuerdo Fiduciario, de cualquier póliza de seguro y de las normas adoptadas por los Fideicomisarios prevalecerán en caso de conflicto entre ellas y este folleto. En la oficina del Fondo puede consultarse un ejemplar del documento del Plan NPL, que se entregará a todo miembro que lo solicite por escrito. Es posible que se exija un pago razonable para cubrir los costos de las copias

Los Fideicomisarios del CWTF tienen autoridad discrecional para interpretar los términos del Plan NPL y de cualquier norma de seguro y otros documentos relacionados con el Plan NPL, y para resolver todas las cuestiones y determinar todos los hechos relacionados con la elegibilidad para recibir beneficios del CWTF. Todas las decisiones tomadas por los Fideicomisarios son definitivas y vinculantes para todas las personas. Los Fideicomisarios tienen derecho a modificar cualquier estipulación del Plan NPL con o sin notificación en cualquier momento, incluso con carácter retroactivo, en interés del Fondo y de sus miembros. Una enmienda tendrá vigencia, aunque no se describa en este folleto.

Si desea más información o tiene alguna pregunta, llame a la oficina del Fondo al 410-884-1406.

La cobertura de los beneficios se basa en las cotizaciones de su empleador al Fondo por su trabajo en virtud de un acuerdo de negociación colectiva o de participación en la jurisdicción del Fondo y en los autopagos que puede efectuar en determinados casos. Si trabaja fuera de la jurisdicción del Fondo, las cotizaciones de su empleador por su trabajo pueden transferirse al Fondo mediante acuerdos recíprocos, pero sólo si presenta la debida autorización de transferencia. Póngase en contacto con la oficina del Fondo para obtener más información.

PROVEEDORES DE LA RED

Todos los miembros del Fondo tienen acceso a proveedores de atención médica que pertenecen a la red, CareFirst Network local. Algunos miembros del Fondo cuya dirección de registro se encuentra fuera de la zona de servicio de la red, CareFirst Network, también tienen acceso a los proveedores de atención médica que pertenecen a la red nacional BlueCross BlueShield “FlexLink” Network.

Tendrá acceso tanto a la red local CareFirst Network como a la red nacional FlexLink Network si en el anverso de su tarjeta de identificación CWTF aparece una pequeña maleta en la esquina

CONTENIDO

Página

ACERCA DE ESTE FOLLETO 1
PROVEEDORES DE LA RED 1
RESUMEN DE BENEFICIOS 3
EXCLUSIONES GENERALES 4
RECLAMACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS 5
CÓMO RECLAMAR SUS BENEFICIOS 5
CUANDO USTED ESTÁ CUBIERTO 6
CONTINUACIÓN DE COBERTURA MEDIANTE AUTOPAGO COBRA 8
RECIPROCIDAD 10
COBERTURA COMO DEPENDIENTES PARA LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA 11
SEGURO DE VIDA Y DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL 13
NORMAS DE PAGO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS 14
EJEMPLO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS 15
BENEFICIOS DEL HOSPITAL 15
BENEFICIOS QUIRÚRGICOS 17
BENEFICIOS DE LA CONSULTA MÉDICA 17
BENEFICIOS DE MATERNIDAD 18
BENEFICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS 19
EQUIPOS Y APARATOS 19
BENEFICIOS PARA CUIDADO PALIATIVO Y RESIDENCIA PARA ANCIANOS 20
ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO 20
OTROS BENEFICIOS DEL FONDO 21
BENEFICIOS ÓPTICOS 24
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS 25
BENEFICIOS DENTALES 29
OTRA INFORMACIÓN DEL PLAN 31
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS 32
SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO 32
PROHIBICIÓN DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS 36
NORMAS SOBRE RECLAMACIONES Y APELACIONES 36
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA 41
NORMAS ESPECIALES PARA CIERTOS PROVEEDORES FUERA DE LA RED 41
CONTINUIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA 43
SUS DERECHOS LEGALES 44
NOTIFICACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA 46

CONSTRUCTION WORKERS' TRUST FUND

Administrador del Plan: Mesa Directiva, a cargo de la Oficina del Fondo, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044, 410-884-1406. Los servicios administrativos diarios son prestados por BeneSys, Inc., denominado "Administrador" en este folleto.

Número de identificación del Empleador: 52-6037528

Número del Plan: 501

Financiamiento: Todos los beneficios se pagan con los activos del Fondo Fiduciario, excepto los beneficios del seguro de vida y de muerte y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés), que las paga Union Labor Life Insurance Co.

Año del Plan: Del 1 de octubre al 30 de septiembre

Agente para la notificación de procedimientos: Mesa Directiva, a cargo de la Oficina del Fondo, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21044.

MESA DIRECTIVA

Ryan Boyer, Chairman
Alan Parham
Julio Palomo
Miguel Diaz
J. Nick Thrappas, Secretary
Thomas Strunge

SINDICATOS LOCALES PARTICIPANTES

Zona metropolitana de, Philadelphia/Baltimore/Washington Laborers' District Council, Sindicatos locales 11, 572, 710 and 202R

PLAN NPL DE BENEFICIOS

Este folleto del Plan NPL describe los beneficios que ofrece el Plan NPL de Beneficios. **El Plan NPL sólo cubre a los miembros que trabajan para un empleador que aporta el índice correspondiente al Plan NPL de Beneficios**. Los beneficios de los miembros que trabajan para un empleador que cotiza al índice del Plan Regular de beneficios se describen en el folleto separado del Plan Regular.

SITIO WEB PARA MIEMBROS

Si desea más información sobre los beneficios del Construction Workers' Trust Fund, incluidas las notificaciones importantes para los miembros, visite la página web para miembros en:

www.ourbenefitoffice.com/ConstructionWorkersTrustFund/Benefits.

CONSTRUCTION WORKERS' TRUST FUND
(Fondo Fiduciario de los Trabajadores de la Construcción)

PLAN NPL

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Folleto Núm. NPL6

Enero 2025