

Descripción resumida del Plan

PLAN MÉDICO

de los

PLOMEROS Y FONTANEROS

[Plumbers & Pipefitters]

**Este resumen ha sido preparado para su
uso como una referencia conveniente.**

No constituye un contrato.

**(Reformulado con vigencia a partir
del 1 de enero de 2025)**

**Descripción resumida del Plan
PLAN MÉDICO
de los
PLOMEROS Y FONTANEROS**

Fideicomisarios Sindicales

Terriea "T" Smalls
Michael Canales
Walter "Dick" Harrigan

Fideicomisarios Empleadores

Reuben Ford
Anne Finerfrock
Andrew Tomlinson

Auditor del fondo

Calibre CPA Group

Administrador de reclamaciones

BeneSys, Inc.

Consultores

The Segal Company

Asesores jurídicos

O'Donoghue and O'Donoghue LLP

Para obtener información sobre la elegibilidad, las reclamaciones médicas o los formularios de reclamación,
llame o escriba a:

Plumbers and Pipefitters Medical Plan
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

(800) 741-9249

A todos los empleados cubiertos:

Nos enorgullece presentarles este nuevo folleto con la Descripción resumida del Plan que describe los beneficios integrales que se ofrecen a los empleados elegibles y a sus dependientes bajo el Plan Médico para Plomeros y Fontaneros. Este folleto incorpora todas las estipulaciones del Plan Médico para Plomeros y Fontaneros y servirá como Descripción resumida del Plan (SPD por sus siglas en inglés) y documento oficial del Plan a partir del 1 de enero de 2025.

Los beneficios básicos del Plan están diseñados para cubrir una parte considerable de sus facturas hospitalarias, quirúrgicas y médicas. La cobertura de gastos médicos mayores proporciona beneficios adicionales para la mayoría de los gastos que superen o no estén cubiertos por los beneficios básicos. Su Plan también paga beneficios por los gastos odontológicos, oftalmológicos y de medicamentos con receta. Además, se proporcionan beneficios por muerte e incapacidad a los empleados según se especifica en este folleto.

Debe tenerse en cuenta que si se lesionan mientas se encuentra en su lugar de trabajo o necesita atención médica como consecuencia de su empleo, deberá obtenerla a través de los mecanismos que le proporcione su empleador en virtud de las leyes de compensación para Trabajadores. El Plan Médico no proporciona beneficios por los cuidados necesarios si se lesionan en el trabajo. Sin embargo, se dispone de ciertos beneficios de sustitución de ingresos y de muerte y desmembramiento en las circunstancias descritas en la sección del folleto sobre "Beneficios complementarios asegurados por accidente de trabajo".

El Plan ha sido diseñado para proporcionarle la protección que necesita. Le instamos a que aproveche al máximo los beneficios proporcionados, pero, al mismo tiempo, a que sea un consumidor inteligente de atención médica. Asegúrese de que las reclamaciones que presente correspondan a gastos realmente incurridos y que dichos gastos sean razonables. En los últimos años, el costo de la atención médica ha aumentado drásticamente. Por ello, es importante que todos participemos activamente en el control de los costos de la atención médica. Si trabajamos juntos para gastar sabiamente el dinero de nuestros beneficios, el Plan continuará prosperando y proporcionando una importante protección durante muchos años.

El Plan Médico se mantiene exclusivamente para su beneficio y el de sus dependientes, y se pretende que continúe durante un periodo de tiempo indefinido. Sin embargo, esto no impide que los Fideicomisarios modifiquen o terminen el Plan si las condiciones económicas lo hacen necesario. Aunque este folleto es un resumen detallado de las estipulaciones del Plan Médico, no es un contrato. No contiene el Acuerdo detallado y la Declaración de Fideicomiso, ni el Acuerdo de negociación colectiva relacionado. Estos documentos también rigen el funcionamiento de este Plan. El Plan Médico debe interpretarse de conformidad con estos documentos, que están a su disposición en la oficina del Fondo.

Le instamos a que lea detenidamente su folleto del Plan para que se familiarice con los beneficios a los que tiene derecho y con los requisitos de elegibilidad del Plan. Esperamos que comparta nuestro orgullo por su Plan y la medida de seguridad que proporciona a quienes trabajan en nuestra industria.

Atentamente,

MESA DIRECTIVA

LA DISCRIMINACIÓN VA CONTRA LA LEY

El Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo. El Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Los beneficios médicos proporcionados en virtud de este Plan se conceden sin tener en cuenta el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el sexo de la persona.

El Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con incapacidades cuando son necesarios para que dicha persona pueda comunicarse eficazmente con el Fondo. Estos pueden incluir intérpretes capacitados de lenguaje de signos e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). El Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros también ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

Si cree que el Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar un agravio al coordinador de derechos civiles del Fondo, c/o BeneSys, Inc, 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21046, Teléfono 1-800-741- 9249, Fax 410-872-1275. Puede presentar un agravio en persona o por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar un agravio, el coordinador de derechos civiles del Fondo está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-410-872-9500.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-410-872-9500 번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-410-872-9500.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-410-872-9500

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-410-872-9500

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-410-872-9500

ملاحظة: إذا كنت تتحدث إنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-410-872-9500 (رقم هاتف الصمم والبكيم:--)

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-410-872-9500

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-410-872-9500

ማስታችል: የሚኖገኑት ቅንቃ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድረሱት ተከታታወች፡ በነፃ ሌማማጥኑ ተከታታወቂል፡ ወደ ማከተለው ቅጥር ዘዴዎች 1-410-872-9500

ਾਨ ਦ : ਧਿਦ ਆਪ ਹੁਦ ਬੋਲਤੇ ਹੋ ਆਪਕੇ ਲਿਲਾਏ ਮੁ ਮ ਭਾਸਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਏ ਉਪਲਾਵਾਂ ਹਨ । 1-410-872-9500 ਪਰ ਕੌਲ ਕਰ ।

خبردار: اگر آپ اردو بولنے ہیں، نو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات منت مہنگی میں دسنا ہو گیں۔ کال کرپن 1-410-872-9500.

نوج ۵: اگر به زبان نارسی گنشنگو می کنید، نسپلات زیارتی بصورت رایگان برای شم نرا ممکن می باشد.
نام اس پیکر ۹۵۰۰-۸۷۲-۴۱۰-۱۴۱

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-410-872-9500

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-410-872-9500.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços
línguísticos, grátis. Ligue para 1-410-872-9500

CONTENIDO

ESQUEMA DE BENEFICIOS.....	1
DEDUCIBLES/COPAGOS	11
ÍNDICES DE AUTOPAGO Y COBRA.....	12
DEFINICIONES	16
ELEGIBILIDAD Y COBERTURA	25
EMPLEADOS	25
NORMAS ESPECIALES PARA LOS EMPLEADOS EN GRUPOS RECIENTEMENTE ORGANIZADOS	36
DEPENDIENTES	40
JUBILADOS	42
CÓNYUGES Y DEPENDIENTES DE EMPLEADOS O JUBILADOS FALLECIDOS	45
COBERTURA DE LOS EMPLEADOS CUBIERTOS QUE NO FORMAN PARTE DE LA UNIDAD DE NEGOCIACIÓN	45
EX EMPLEADOS TOTALMENTE INCAPACITADOS	46
CERTIFICADO DE COBERTURA CUANDO FINALIZA LA COBERTURA	46
VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD.....	46
AUTOPAGOS.....	48
EMPLEADOS	48
DEPENDIENTES	50
JUBILADOS	51
CÓNYUGES SOBREVIVIENTES Y DEPENDIENTES DE EMPLEADOS O JUBILADOS FALLECIDOS	52
CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA.....	53
COBERTURA ALTERNATIVA	55
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS	56
BENEFICIO BÁSICO POR FALLECIMIENTO	56
BENEFICIO SEMANAL POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD.....	57
BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE LA VISTA.....	58

BENEFICIO SUPLEMENTARIO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES	59
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ASEGURADOS POR ACCIDENTE DE TRABAJO	60
BENEFICIOS BÁSICOS	62
BENEFICIOS PARA GASTOS HOSPITALARIOS	62
BENEFICIO DE EMERGENCIA MÉDICA	65
BENEFICIOS QUIRÚRGICOS	66
BENEFICIOS POR EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO	70
BENEFICIOS DE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA	70
BENEFICIO DE EXAMEN FÍSICO ANUAL	70
BENEFICIO DE SERVICIOS PREVENTIVOS	71
VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA (HERPES ZOSTER)	73
BENEFICIO DE LOS CENTROS DE SALUD Y BIENESTAR	74
BENEFICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES O NERVIOSOS	75
BENEFICIOS MÉDICOS PRINCIPALES	77
COBERTURA DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS	81
OTROS BENEFICIOS	82
BENEFICIO DE ATENCIÓN AL BEBÉ SANO	82
APARATOS AUDITIVOS	82
CAPACITACIÓN EN AUTOCONTROL DE DIABETES	82
COBERTURA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	83
BENEFICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES	84
BENEFICIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN	84
BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA NO INSTITUCIONAL	85
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	87
BENEFICIOS DENTALES	94
BENEFICIOS POR DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	100
BENEFICIO PARA LA VISTA	100
SUBSIDIO DE REEMBOLSO MÉDICO	103

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES	105
ATENCIÓN MÉDICA RUTINARIA COMO PARTE DE UN ENSAYO CLÍNICO	108
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	109
PPO REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y PREADMISIÓN	114
PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES.....	117
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y APELACIÓN	122
APELACIONES	126
RECLAMACIONES Y APELACIONES DE BENEFICIOS	
SUPLEMENTARIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES,	
BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD Y	
BENEFICIOS POR INCAPACIDAD	134
RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	
(REEMBOLSO/SUBROGACIÓN)	141
VARIOS	144
INFORMACIÓN GENERAL Y DERECHOS ERISA	150

ESQUEMA DE BENEFICIOS

No se fíe sólo de este cuadro, sólo resume los beneficios que se pagan. Lea todo el folleto para saber qué beneficios se pagan por cada tipo específico de gasto y qué gastos no están cubiertos. Todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones indicadas en este folleto.

SÓLO PARA EMPLEADOS CUBIERTOS

Beneficios
máximos

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Beneficio básico por fallecimiento (página 56)..... \$ 10,000
Si la muerte es accidental, el beneficio se duplica.

Beneficio semanal por accidente y enfermedad (no laboral)
(página 57)

Por semana hasta 13 semanas \$ 500

Desmembramiento accidental o pérdida de visión

Beneficios (página 58)

Pérdida de una mano, pie u ojo \$ 5,000
Pérdida de dos o más manos, pies u ojos \$ 10,000
Máximo por pérdidas resultantes de un solo accidente \$ 10,000

Beneficio suplementario de Compensación para Trabajadores

(página 59)

Equilibrado por el beneficio de incapacidad de Compensación para Trabajadores, 66-2/3% del salario semanal básico, hasta la cantidad máxima pagadera en virtud de la Ley de Compensación de los Trabajadores del Distrito de Columbia, hasta 104 semanas, por semana (sólo MD y VA)..... \$ 150

Beneficios suplementarios por accidente laboral asegurado

(página 60) Estos beneficios se rigen por una norma de seguro externa.

Muerte accidental \$ 100,000
Pérdida de dos o más: manos, pies, ojos, habla, audición \$ 100,000
Pérdida de una: mano, pie, ojo, habla, audición \$ 50,000
Pérdida del pulgar y del índice de la misma mano \$ 25,000
Máximo por todas las pérdidas a una persona \$ 100,000
Máximo por todas las pérdidas a varios empleados resultado de un accidente, prorrstateado entre todos los empleados \$ 2,500,000
Incapacidad total, (se paga después de un año)
Compensado por desmembramiento o pérdida de la vista, habla o beneficio auditivo, \$1,000 por mes, hasta \$ 100,000

SÓLO PARA JUBILADOS

Beneficio por fallecimiento (página 56).....\$ 3,000
(Si la muerte es accidental, el beneficio se duplica)

Beneficio por desmembramiento accidental y pérdida de visión
(página 58)

Pérdida de dos o más de manos, pies u ojos.....	\$ 3,000
Pérdida de una mano, pie u ojo.....	\$ 1,500
Máximo para todas las pérdidas resultantes de un accidente.....	\$ 3,000

SÓLO PARA JUBILADOS Y DEPENDIENTES CON DERECHO A MEDICARE

Los jubilados y dependientes que reúnan los requisitos para Medicare recibirán la cobertura de los beneficios médicos y de medicamentos recetados del plan médico; Humana Medicare Advantage Medical and Prescription Drug Plan (Plan MAPD). Los beneficios básicos, los beneficios médicos principales, otros beneficios y los beneficios de medicamentos recetados que se describen en este Esquema de beneficios y en este SPD no se aplican a los participantes elegibles para Medicare. Para más información sobre los beneficios del Plan MAPD, consulte el Resumen de Beneficios de Humana.

Los jubilados que cumplen los requisitos de Medicare siguen siendo elegibles para las prestaciones dentales y oftalmológicas del Plan, el Beneficio por Fallecimiento y la Asignación para Reembolso Médico, y pueden utilizar el Centro de Salud y Bienestar del Fondo Médico de la UA Plumbers Local 5 sin gastos de su bolsillo.

PARA EMPLEADOS CUBIERTOS, JUBILADOS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Y SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS

BENEFICIOS BÁSICOS:

Beneficios para gastos hospitalarios (página 62)

(se requiere autorización previa para los ingresos hospitalarios (página 87) salvo que se trate de servicios de emergencia)

Cuarto y comida (página 63), por día, hasta 70 días en un período de hospitalización, por año civil.....\$ 450
Exceso pagado al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como beneficio médico mayor (incluidos todos los gastos cubiertos).

Consultas a proveedores en régimen de hospitalización (página 64)
En Hospital, por año civil, una consulta por día, hasta 2 proveedores por hospital, \$100 por consulta, hasta\$ 1,500
Exceso pagado al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, o el índice de fuera de la red para la atención fuera de la red en un departamento de emergencias en relación con los servicios de emergencia o la atención para un servicio no urgente por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, como beneficio médico principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

Madres y recién nacidos (página 64)

Para participantes, cónyuges y dependientes: 50% de los cargos por cuarto y comida en el hospital para la madre mientras esté hospitalizada debido al parto.

El exceso se paga al 80% para atención dentro de la red, al 60% para atención fuera de la red, como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos). Sólo para los hijos recién nacidos de empleados cubiertos y sus cónyuges: 100% de los cargos de cuarto y comida del hospital si el recién nacido permanece hospitalizado después de que la madre haya sido dada de alta. (Esta cobertura no está disponible para los hijos recién nacidos de dependientes de empleados cubiertos. En general, el Plan no cubre a los nietos de los empleados cubiertos.

Cargos hospitalarios varios máximos (página 65)

Por hospitalización\$ 2,500
Franquicia pagada al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como beneficio médico mayor (incluidos todos los gastos cubiertos).

Beneficio para emergencias médicas (Page 65)

Por enfermedad o lesión\$ 500
Exceso pagado al 80% (atención dentro y fuera de la red) como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos). En el caso de gastos incurridos por la atención de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, en relación con la atención fuera de la red en un departamento de emergencias para servicios de urgencia, o por servicios de ambulancia aérea por un proveedor fuera de la red,

exceso pagado al índice de fuera de la red como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

Beneficios quirúrgicos (página 66)

Los cargos por cirujano principal hasta el 100% del UCR;

Los cargos por cirujano asistente hasta el 20% del UCR;

Cirugía oral excluida excepto como resultado de una lesión;

Cirugía estética excluida salvo en los dos años siguientes a la lesión;

Cargos del centro quirúrgico ambulatorio, por incidente.....\$ 1,250

Exceso pagado al 80% para la asistencia dentro de la red, 60% para la asistencia fuera de la red, como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

Beneficios de laboratorio de diagnóstico y rayos X (página 70)

Por año civil.....\$ 800

Exceso pagado al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

Beneficios de la consulta médica ambulatoria (página 70)

Por año civil, \$100 por consulta, hasta \$ 1,500

Exceso pagado al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como beneficio médico mayor (incluidos todos los gastos cubiertos).

Las consultas a proveedores del Centro de Salud y Bienestar UA Plumbers Local 5 (incluidas las consultas para exámenes físicos anuales) estarán cubiertas al 100% sin coaseguro, independientemente de que haya reunido los requisitos para el deducible. El costo de dichas consultas no se incluirá a la hora de determinar si ha agotado su beneficio básico.

Beneficio de examen físico anual (página 70)

Un examen por año civil, para exámenes de rutina o exámenes

administrativos para exámenes de rutina, hasta.....\$ 200

para exámenes administrativos, hasta.....\$ 75

Exceso pagado al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

Beneficio de servicios preventivos (página 71)

Servicios que la Ley de Atención Médica Asequible exige que se presten como servicios preventivos, proporcionados con un coaseguro de \$0, cubiertos al 100% hasta lo usual, habitual y razonable (UCR).

Vacunación contra el Herpes Zóster (página 73)

100% del costo de una vacunación única de una dosis de Zostavax contra la culebrilla para todos los participantes y dependientes de 60 años o más que sean elegibles, o 100% del costo de una vacunación única de dos dosis de Shingrix contra la culebrilla para todos los participantes y dependientes de 50 años o más que sean elegibles

.....Cubierta en su totalidad

Los participantes y sus dependientes que hayan recibido la vacuna Zostavax antes del 11 de septiembre de 2018 podrán recibir a partir de entonces una vacunación única de dos dosis contra la culebrilla Shingrix, que estará cubierta en su totalidad.

Beneficios del Centro de Salud y Bienestar de la UA Plumbers Local 5 Medical Fondo (página 74)

Todos los servicios recibidos y las recetas surtidas en el Centro de Salud y Bienestar se proporcionan sin coaseguro y sin copago para los empleados cubiertos, jubilados y sus dependientes cubiertos. Los gastos cubiertos incurridos en el Centro de Salud y Bienestar por consultas al proveedor o recetas no se incluirán a la hora de determinar si ha agotado su prestación básica.

Beneficio para el tratamiento de trastornos mentales o nerviosos

(página 75)

Tratamiento en hospitalización pagadero como beneficio de gastos hospitalarios; Exceso de la prestación pagada al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como beneficio médico principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

Tratamiento ambulatorio cubierto al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red, como beneficio médico principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

BENEFICIO MÉDICO PRINCIPAL (página 77)

El beneficio médico principal pagará el 80% de los gastos cubiertos por atención dentro de la red y el 60% de los gastos cubiertos por atención fuera de la red, sujeto a los deducibles médicos mayores cuando corresponda. Si se incurre en un gasto cubierto por la atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, por la atención fuera de la red en un departamento de emergencias para servicios de urgencia o por servicios de ambulancia aérea fuera de la red, el Beneficio Médico Principal pagará el índice de gastos fuera de la red por los gastos cubiertos de la atención prestada por el proveedor fuera de la red.

Máximo de gastos médicos de desembolso directo (página 77)

Dentro de la red:

por persona, por año civil, sujeto a limitaciones \$ 5,000
por familia, por año civil, sujeto a limitaciones \$ 10,000
Los gastos cubiertos por atención de proveedores de la red que excedan el máximo de desembolso directo dentro de la red se pagarán al 100% de la cantidad descontada dentro de la red. Su deducible y cualquier copago y otros artículos admisibles pagados por gastos médicos cubiertos por atención de proveedores de la red cuentan para este máximo de desembolso directo.

Fuera de la red:

por persona, por año civil, sujeto a limitaciones \$ 10,000
por familia, por año civil, sujeto a limitaciones \$ 20,000
Los gastos cubiertos por la atención de proveedores fuera de la red que excedan el máximo de desembolso directo se pagarán al 100% del cargo usual, habitual y razonable (UCR, por sus siglas en inglés). Su deducible y cualquier copago y otros artículos admisibles pagados por gastos médicos cubiertos por atención de proveedores fuera de la red cuentan para este desembolso máximo.

Los gastos pagados por la atención fuera de la red no pueden aplicarse al máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red, excepto los gastos pagados por la atención de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, la atención fuera de la red en un departamento de emergencias para servicios de urgencia o los servicios de ambulancia aérea fuera de la red.

Beneficio de trasplante de órganos/tejidos (página 81)

(requiere autorización previa)

Los gastos cubiertos pagaderos en virtud del Beneficio Médico Principal.

OTROS BENEFICIOS (página 82)

(Beneficios con límites especiales o beneficios en los que el Exceso no está cubierto como Beneficio Médico Principal)

Beneficio de atención del bebé sano (página 82)

Diez (10) exámenes físicos de rutina dentro de los primeros 24 meses de vida.

Aparatos auditivos (página 82)

Incluidas pilas, adaptaciones, reparaciones y sustituciones, hasta un beneficio máximo (cada tres años) \$ 2,000
Se trata únicamente de un beneficio básico; el saldo de los cargos que excedan el máximo **no** se pagará en virtud del seguro médico principal.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes (página 82)
100% de los cargos educativos recetados por individuo elegible por año civil..... \$ 500

Beneficio de centro de enfermería especializada (página 83)
(requiere autorización previa)
Tratamiento hospitalario como alternativa a la hospitalización, por día, hasta un máximo de 100 días de por vida..... \$ 100
Los gastos cubiertos que excedan de la prestación diaria máxima se pagarán al 80% para la atención dentro de la red, al 60% para la atención fuera de la red como beneficio médico principal (incluidos todos los gastos cubiertos), pero sin superar los 100 días de por vida como máximo.

Beneficio de cuidados paliativos (página 84)
(requiere autorización previa)
Hasta 180 días de por vida y un máximo del 100% de los gastos cubiertos hasta..... \$ 30,000
Exceso pagado al 80% para la atención dentro de la red, 60% para la atención fuera de la red como beneficio médico principal (incluidos todos los gastos cubiertos), pero sin superar los 180 días totales de cobertura.

Beneficio de servicios de rehabilitación (página 84)
(requiere autorización previa)
Tratamiento hospitalario como alternativa a la hospitalización por día, hasta 10 semanas..... \$ 100
Los gastos cubiertos que excedan de la prestación diaria máxima se pagarán al 80% para la atención dentro de la red, al 60% para la atención fuera de la red como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos), pero sin superar el máximo de 6 semanas.

Beneficio de atención médica no institucional (página 85)
(requiere autorización previa)
Pagado bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores (incluyendo todos los gastos cubiertos) sin exceder 30 días por año a menos que se autorice por un período adicional de 30 días previa presentación y aprobación del plan de tratamiento que indique la necesidad de días adicionales.

Beneficios de medicamentos recetados (página 87)
Máximo de gastos de desembolso directo por medicamentos recetados
por persona, por año civil, sujeto a limitaciones \$ 1,600
por familia, por año civil, sujeto a limitaciones \$ 3,200

Los gastos cubiertos que superen el desembolso directo máximo se pagarán al 100% de la reclamación pagada de nuevo por el gerente de

prestaciones farmacéuticas. Sólo los copagos pagados por los medicamentos recetados cubiertos cuentan para este desembolso directo máximo.

Los medicamentos recetados que se reciban en el Centro de Salud y Bienestar del Fondo Médico de la UA Plumbers Local 5 estarán cubiertos al 100% sin copago ni coaseguro.

PARA EMPLEADOS CUBIERTOS, JUBILADOS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Y SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS

Beneficio dental (página 93)

Sujetos al deducible del beneficio dental, los servicios dentales cubiertos recibidos en dentistas participantes de la red United Concordia están cubiertos en su totalidad, hasta el máximo anual del programa.

Sujetos al deducible del beneficio dental, los servicios dentales cubiertos recibidos en dentistas no participantes se reembolsan al 80% del programa de cargos dentales, hasta el máximo anual del programa. Los dentistas no participantes podrán facturarle a usted o a sus dependientes cualquier diferencia entre sus cargos y la cantidad reembolsada por el Plan.

Máximo anual del programa, excluida la Articulación temporomandibular (TMJ) (por persona de 19 años o más) por año civil	\$3,500
Máximo anual del programa (por persona menor de 19 años) por año civil	Sin límite

Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) (página 100)
Máximo de por vida (por persona de 19 años o más)\$ 1,500
No hay máximo de por vida para los beneficios de ATM para participantes menores de 19 años.

Beneficio de visión (página 100)

(Los copagos son lo que usted paga, el Fondo abona el resto. Las cantidades permitidas son las que paga el Fondo, usted paga el resto).

A través de un proveedor participante del VSP de la red Premier:

Examen (cada 12 meses)	\$ 15 copago
Gafas de seguridad (sólo para empleados) (cada 24 meses sujeto a limitaciones)	\$ 20 copago
Monturas y lentes (cada 12 meses)	
Lentes (cada 12 meses)	\$ 20 copago
Marcos	\$ 150 permitido

Protección UV	Cubierto en su totalidad
Recubrimiento antirreflejante	Cubierto en su totalidad
Lentes progresivos	Cubierto en su totalidad
	O
Lentes de contacto (cada 12 meses)	
Lentes de contacto necesarios	\$20 copago
Examen de lentes de contacto y lentes de contacto electivas	\$120 permitido

A través de un proveedor no participante en el VSP (cantidades permitidas):

Examen (cada 12 meses)	\$ 35
Marcos (cada 12 meses)	\$ 35
Lentes (cada 12 meses):	
Monofocales	\$ 25
Bifocales	\$ 40
Trifocales	\$ 55
Lenticular	\$ 80
Protección UV	No lo cubre

Lentes de contacto necesarios (cada 12 meses)	\$ 210
Lentes de contacto electivos (cada 12 meses)	\$ 75

Todos los gastos cubiertos por servicios de examen oftalmológico pediátrico (hasta los 18 años) que excedan de \$35 pagados al 60% para la atención fuera de la red.

SÓLO PARA EMPLEADOS CUBIERTOS, JUBILADOS Y CÓNYUGES SOBREVIVIENTES

Subsidio de reembolso de gastos médicos (página 103)

Los gastos admisibles para usted o sus dependientes cubiertos pueden presentarse hasta una cantidad por año civil determinada anualmente por los Fideicomisarios..

DEDUCIBLES/COPAGOS

<u>Proveedor</u>	<u>Proveedor PPO</u>	<u>Proveedor no PPO</u>
Deductible para gastos médicos mayores		
Por individuo, por año civil	\$ 200	\$ 500
Por familia, por año civil	\$ 400	\$ 1,000

Beneficio de farmacia minorista (suministro hasta 34 días) Copago

Excluido*	Costo total
Marca no del formulario \$ 30
Marca del formulario \$ 15
Genérico \$ 5

En una farmacia participante, después del copago, se cubrirá el 100% de los cargos reales restantes de la receta en la mayoría de los casos.

En una farmacia no participante, al individuo se le reembolsarán los cargos cubiertos hasta la cantidad que se le hubiera cobrado en una farmacia participante menos el copago.

Entrega a domicilio de Express Scripts

(suministro hasta 90 días)	Copago
Excluido*	Costo total
Marco no del formulario \$ 60
Formulario \$ 30
Genérico \$ 10

*Vea la descripción de los beneficios de medicamentos recetados en la página 88 para obtener información sobre cómo recibir cobertura para las recetas que actualmente figuran como medicamentos excluidos.

Deductible del beneficio dental

Por individuo, por año civil.....	\$ 50
Por familia, por año civil.....	\$ 150

El deducible no se aplica a determinados servicios, incluidos los Servicios Preventivos. Consulte la sección de Beneficios Dentales (página 93) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos que no están sujetos al deducible del beneficio dental.

ÍNDICES DE AUTOPAGO Y COBRA

	Cantidad mensual
Índices de autopago (página 48)	
Empleados beneficios completos	\$ TBD ¹
Empleados, cobertura alternativa, Los beneficios médicos únicamente.....	\$ TBD ²
Empleados, cobertura alternativa, Los beneficios médicos y medicamentos con receta.....	\$ TBD ²
Ex empleados con incapacidad total, incluidas las personas elegibles que no reciben beneficios de jubilación (que no estén cubiertos por Medicare como pagador principal).....	\$ TBD ³

(“TBD” *siglas en inglés que significa “por determinar”*)

Póngase en contacto con la oficina del Fondo llamando al 1-800-741-9249 para conocer los índices de autopago aplicables en la actualidad.

¹ Los empleados autónomos que deseen prestaciones completas, todos los empleados cubiertos por unidades no negociadoras y todos los jubilados de entre 55 y 61 años (inclusive), así como ciertos empleados con incapacidad total que reciben compensación para Trabajadores, pagan el índice actual de cotización por hora multiplicado por 160. Esta cantidad se ajustará a medida que cambie el índice de cotización.

² Esta cantidad se basa en el 85% del gasto anual previsto, que se ajustará anualmente según sea necesario.

³ Esta cantidad se basa en el 85% del índice de cotización por hora actual multiplicado por 160 y se ajustará a medida que cambie el índice de cotización.

ÍNDICES PARA PERSONAS QUE SE JUBILAN ANTES DEL 1 DE JUNIO DE 1993 Y SUS CÓNYUGES SOBREVIVIENTES

	Cantidad mensual
Jubilados, de 55 a 61 años.....	\$ TBD
Jubilados, de 62 años o mayor (o cualquier persona elegible a Medicare) por individuo.....	\$ 80
hasta un máximo de 2.5 veces el índice.....	\$ 200
Cónyuge sobreviviente, menor de 65 años, sin dependientes	\$ 100
Cónyuge sobreviviente, menor de 65 años, con dependientes, por individuo.....	\$ 100
hasta un máximo de 2.5 veces el índice.....	\$ 250
Cónyuge sobreviviente, edad de 65 o mayor, con dependientes, por individuo.....	\$ 80
hasta un máximo de 2.5 veces el índice.....	\$ 200
Dependiente(s) menor(es) superviviente(s) (sin cónyuge sobreviviente), por individuo.....	\$ 100
hasta un máximo de 2.5 veces el índice.....	\$ 250

* * * * *

NOTA: Para las personas cubiertas elegibles a Medicare, los beneficios pagaderos por Hospital, Laboratorio de Diagnóstico y Rayos X, Visitas a Proveedores, Emergencias Médicas, Trastornos Quirúrgicos, Mentales o Nerviosos y Exámenes Físicos están coordinados con las Partes A y B de Medicare.

ÍNDICES PARA JUBILADOS Y CÓNYUGES SOBREVIVIENTES POSTERIORES AL 1 DE JUNIO DE 1993

	Cantidad mensual
Jubilado de 55 a 59 años de edad	\$1,392.00*
(El índice único cubre al jubilado y sus dependientes)	
Jubilado de 60 años (Soltero)	\$ 522.00
Con un dependiente (Soltero más 1)	\$ 1,044.00 **
Índice familiar máximo (Familia)	\$1,305.00
Jubilado de 61 años (Soltero)	\$ 348.00
Con un dependiente (Soltero más 1)	\$ 696.00 ***
Índice familiar máximo (Familia)	\$ 870.00
Jubilado de 62 años o mayor (o discapacitado, menor de 62 años)	\$ 139.00
Con un dependiente (Soltero más 1)	\$ 278.00 ****
Índice familiar máximo (Familia)	\$ 348.00

*Esta cantidad es igual al índice de cotización por hora actual multiplicado por 160 del acuerdo básico de construcción ("CBA") del Plumbers Local 5/MCAMW y se ajustará a medida que cambie el índice de cotización.

** Esta cantidad equivale al 75% del índice de cotización por hora actual del CBA multiplicado por 160 y se ajustará a medida que cambie el índice de cotización.

*** Esta cantidad equivale al 50% del índice de cotización por hora actual de la CBA multiplicado por 160 y se ajustará a medida que cambie el índice de cotización.

Esta cantidad equivale al 20% del índice actual de cotización por hora del CBA multiplicado por 160 y se ajustará a medida que cambie el índice de cotización.

Para todos los jubilados de 60 años o más, el índice de la cobertura individual es $\frac{1}{2}$ veces el índice de la cobertura individual más 1, y el índice de la cobertura familiar es $2\frac{1}{2}$ veces el índice de la cobertura individual.

Comuníquese con la oficina del Fondo llamando al 1-800-741-9249 para conocer los índices de autopago aplicables en la actualidad.

NOTA: Para las personas cubiertas elegibles a Medicare, los beneficios pagaderos por Hospital, Laboratorio de Diagnóstico y Rayos X, Visitas a Proveedores, Emergencias Médicas, Trastornos Quirúrgicos, Mentales o Nerviosos y Exámenes Físicos están coordinados con las Partes A y B de Medicare.

Índices COBRA

A partir del 1 de enero de 1990 y sujetas a revisión en intervalos de 12 meses a aproximadamente el 102% del costo de proporcionar dicha cobertura.

Póngase en contacto con la oficina del Fondo llamando al 1-800-741-9249 para conocer los índices COBRA aplicables actualmente.

Cotizaciones del empleador

Empleados cubiertos por la unidad de negociación, basadas en el índice horario vigente según el Acuerdo de negociación colectiva actual.

DEFINICIONES

Al leer este folleto es posible que encuentre términos con los que no esté familiarizado o que tengan una definición específica. Las siguientes definiciones se proporcionan para ayudarle a entender qué significan estos términos y cómo se aplican.

Acuerdo y Declaración de Fideicomiso - el Acuerdo y la Declaración de Fideicomiso reformulados del Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros, tal y como se enmienden o reformulen de vez en cuando.

Gastos permitidos - cualquier cargo usual, habitual y razonable por beneficios y servicios cubiertos total o parcialmente bajo este plan y cualquier otro plan en el que participe la persona que hace la reclamación.

Proveedor encargado - el Proveedor que asume la responsabilidad del cuidado y tratamiento de una persona cubierta.

Acuerdo de negociación colectiva - Acuerdo de negociación colectiva: el (los) contrato(s) o convenio(s) laboral(es), con sus enmiendas, entre el Plumbers Local Union No. 5 de la United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipefitting Industry of the United States and Canada, AFL-CIO (Local 5) y cualquier Empleador, o entre el Local 5 and the Mechanical Contractors Association of the Metropolitan Washington, Inc. respecto a los términos y condiciones de empleo y las cotizaciones al Fondo.

Hospitalización - ingreso (o una serie de ingresos) en un hospital por una enfermedad o lesión.

Empleo cubierto - trabajo por el que un Empleador está obligado a aportar cotizaciones al Fondo en virtud de un Acuerdo de negociación colectiva u otra estipulación firmada.

Únicamente a efectos de determinar la elegibilidad inicial de un empleado (página 25) y su elegibilidad para utilizar el centro de bienestar (página 74), el "empleo cubierto" también incluye la asistencia y participación documentadas en clases patrocinadas por el Fondo de Aprendizaje de Plomeros y Fontaneros a las que asiste un empleado entre las 6:30 a.m. y las 3 p.m. y que, por consiguiente, impiden que el empleado trabaje para un Empleador contribuyente durante esas horas.

Gasto cubierto - cualquier cargo permitido por este Plan por un servicio o suministro médicalemente necesario para el diagnóstico, tratamiento, mitigación o curación de una enfermedad o lesión de una estructura o función de la mente o del cuerpo.

Persona cubierta - empleado o jubilado o dependiente de un empleado o jubilado que cumple los requisitos de cobertura indicados en este folleto.

Deductible - el desembolso directo que debe pagarse cada año civil antes de que se pague un beneficio.

Dentista - persona debidamente autorizada y que actúa dentro del ámbito de su licencia para ejercer la odontología, e incluye a un Proveedor que proporciona los cuidados dentales para los que está autorizado.

Dependiente - su cónyuge legítimo y cualquier hijo(s) biológico(s), adoptivo(s), acogido(s) legalmente o adoptado(s) legalmente (la elegibilidad comienza en el momento de la colocación):

- desde su nacimiento hasta el último día del mes en que cumplan 26 años; o
- a partir de los 26 años si el hijo vive con usted, recibe la mayor parte de su ayuda económica de usted y es incapaz de realizar una actividad remunerada sustancial debido a una discapacidad física o mental permanente y médica determinable que comenzó antes de los 26 años mientras el hijo estaba cubierto por este Plan. En el caso de los hijos de 26 años o mayores, la prueba de la discapacidad física o mental del hijo deberá presentarse en la oficina del Fondo en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, finalizaría la cobertura del hijo.

Incapacidad - su incapacidad para realizar sustancialmente todas las tareas de su ocupación en un empleo cubierto debido a una lesión o enfermedad física o mental. Para sus dependientes, el término significa la incapacidad de realizar sustancialmente todas las funciones y actividades normales de una persona del mismo sexo y edad que goza de buena salud.

Trimestre de elegibilidad - período de tres meses civiles consecutivos que comienza el primer día de cualquier mes de mayo, agosto, noviembre o febrero durante el cual un empleado tiene elegibilidad en el Plan como resultado de haber trabajado el número requerido de horas en un empleo cubierto durante el trimestre laboral precedente.

Departamento de emergencia - significa el departamento de emergencias de un hospital; un departamento ambulatorio de un hospital que presta Servicios de Emergencia; o un centro de atención médica que presta Servicios de Emergencia y que está geográficamente separado, es distinto y tiene licencia independiente de un hospital.

Afección médica de emergencia - En general, el término “afección médica de emergencia” significa una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que usted crea razonablemente que supondrá un riesgo grave para su salud si no obtiene atención médica de inmediato. Más concretamente, el término **“afección médica de emergencia”** se refiere a una afección médica, incluida una afección de salud mental o una afección causada por un trastorno por consumo de sustancias, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido, entre otros, el dolor intenso) como para que una persona prudente, que posea un conocimiento medio de salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata provoque una de las siguientes condiciones: poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto); una alteración grave de las funciones corporales; o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. No se determinará si una afección médica es una afección médica de emergencia basándose en los códigos de diagnóstico utilizados por el proveedor o el centro.

Servicios de emergencia – en general, el término “servicios de emergencia” hace referencia a los servicios recibidos en una sala de urgencias o en un centro de atención urgente debidamente autorizado para comprobar si padece una afección médica de emergencia y tratarle para evitar que dicha afección empeore. Los **servicios se consideran “Servicios de emergencia”** sólo si implican una **Afección médica de emergencia**. Si existe una Afección Médica de Emergencia, los servicios de emergencia incluyen un examen médico de detección y el tratamiento posterior, dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, o de un departamento de emergencias independiente debidamente autorizado por la ley estatal (incluidos los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el departamento de emergencias o el departamento de emergencias independiente) necesarios para estabilizar al paciente con respecto a la afección. Los servicios de emergencia también incluyen los servicios que pueda recibir después de encontrarse en un estado estable, salvo que dé su consentimiento por escrito y renuncie a su protección de que se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización de una manera que cumpla con la ley federal. Los servicios de emergencia se cubrirán sin autorización previa, sin tener en cuenta si el proveedor de atención médica que presta los servicios de emergencia es un proveedor de la red participante, y sin imponer ningún requisito administrativo o limitación de la cobertura que sea más restrictivo para los servicios fuera de la red. El plan cumplirá con las normas especiales de participación de costos para los servicios fuera de la red, y sin tener en cuenta otros términos o condiciones de la cobertura que no sean exclusiones de beneficios, coordinación de beneficios, períodos de

espera permitidos en la cobertura permitidos por la ley federal.

Empleado – alguien que:

- trabaja dentro de la jurisdicción del Local 5 de la United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipefitting Industry of the United States and Canada y trabaja en una categoría laboral cubierta por un Acuerdo de negociación colectiva y en cuyo nombre un Empleador realiza las cotizaciones requeridas al Fondo; o bien
- trabaja como funcionario o empleado a tiempo completo del *Plumbers Local 5 o el Plumbers and Pipefitters Apprenticeship Fund*; o bien
- cumple los requisitos establecidos por la Mesa Directiva para ser participante.

Un empresario individual o socio no constituido en sociedad no se considera empleado en virtud de este Plan.

Empleador - El Sindicato, el Fondo de Aprendizaje o cualquier Empleador que esté obligado en virtud de un Acuerdo de negociación colectiva o de una estipulación firmada a realizar cotizaciones al Fondo en nombre de sus Empleados cubiertos.

Beneficio médico esencial - tal y como se define en la Ley de Atención Médica Asequible de 2010 (y en su versión modificada por la legislación aplicable). Las prestaciones médicas esenciales incluyen las siguientes categorías de servicios:

- Servicios ambulatorios para pacientes
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Maternidad y atención al recién nacido
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual
- Medicamentos con receta
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
- Servicios de laboratorio
- Servicios preventivos y de bienestar, y administración de enfermedades crónicas
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucodental y oftalmológica.

El hecho de que cada una de estas categorías generales esté incluida dentro de la lista de Beneficios Médicos Esenciales de la Ley de Atención Médica Asequible no debe interpretarse como que todos los artículos y servicios incluidos dentro de estas.

Centro de atención prolongada/institución de enfermería especializada - una institución certificada por Medicare (o una parte diferenciada de una institución) que:

- se dedica principalmente a proporcionar cuidados de enfermería especializados y servicios relacionados a pacientes que requieren cuidados médicos o de enfermería, o servicios de rehabilitación para la rehabilitación de personas lesionadas, incapacitadas o enfermas, y
- está debidamente autorizada y proporciona regularmente cuidados de enfermería especializados las 24 horas del día por y bajo la dirección de enfermeras tituladas (R.N.) autorizadas y capacitadas, y que también proporciona servicios terapéuticos por terapeutas titulados y capacitados, que actúan dentro del ámbito de sus licencias.

Servicios de atención prolongada - servicios en un centro de enfermería especializada prestados por una duración limitada después de una estancia en el hospital, y para la misma condición que la estancia en el hospital.

Fondo - Plumbers and Pipefitters Medical Fund.

Oficina del Fondo - el lugar designado por la Mesa Directiva donde se llevan a cabo las actividades administrativas del Plan.

Hospital - institución acreditada como Hospital por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica, cuya función principal es proporcionar servicios de hospitalización, tanto diagnósticos como terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos, para una variedad de afecciones médicas.

Enfermedad - una dolencia o trastorno que da lugar a un estado enfermizo de la mente o el cuerpo.

Incurrido - haber pasado a ser legalmente responsable del pago de un gasto cubierto y se refiere a la fecha en que se proporciona un servicio o suministro.

Lesión - una herida o daño corporal sufrido accidentalmente y por una fuerza externa.

Fondo o Plan Médico - el Fondo o Plan Médico de Plomeros y Fontaneros, con las modificaciones que se introduzcan ocasionalmente.

Medicamento necesario - servicios o suministros proporcionados o recetados por un proveedor u otro proveedor autorizado para identificar o tratar una enfermedad o lesión diagnosticada o razonablemente sospechada, cuyo suministro es:

- En coherencia con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad del paciente; y
- De conformidad con los niveles de buena práctica médica; y
- Requerido por razones distintas a la conveniencia del paciente, el proveedor u otro proveedor autorizado; y
- El nivel más adecuado de servicio o suministro que pueda proporcionarse de forma segura para el paciente.

Cuando el término “médicamente necesario” se utiliza para describir la atención hospitalaria en un Hospital, significa que los síntomas médicos y el estado de salud del paciente son tales que el servicio o suministro no puede proporcionarse de forma segura al paciente de forma ambulatoria. El hecho de que los servicios o suministros sean proporcionados o recetados por un proveedor u otro proveedor autorizado no significa necesariamente que los servicios y suministros sean “médicamente necesarios.”

Medicare - las prestaciones médicas previstas en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, en su versión modificada.

Otros planes médicos - planes de prestaciones individuales o colectivos (asegurados o auto asegurados), como las prestaciones disponibles del empleador de su cónyuge, Medicare y el seguro de automóviles sin culpa.

Tarifa fuera de la red – significa, en la medida en que lo exija la ley federal con respecto a la atención en un departamento de emergencias en relación con los servicios de urgencia, los servicios prestados por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red y los servicios de ambulancia aérea fuera de la red, bien (i) la cantidad acordada como pago íntegro por el Fondo y el proveedor o (ii) la cantidad determinada por el procedimiento independiente de resolución de disputas previsto en la legislación federal (secciones 9816(c) o 9817(b) del Código de Impuestos Internos), en cada caso reducida por la cantidad adeudada por el participante en concepto de compartición de costos.

Centro ambulatorio - una clínica u otro establecimiento que mantiene y gestiona instalaciones para cirugía, diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio y que cuenta con un personal médico asistente formado por al menos un Proveedor y un Anestesista (o un enfermero anestesista bajo la supervisión de un proveedor).

Plan - el Plan Médico de Plomeros y Fontaneros, con sus modificaciones periódicas.

Año del Plan - el periodo que va desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Servicio preventivo - tal y como se define en la Ley de Atención Médica Asequible de 2010 (y en su versión modificada por la legislación aplicable). Los servicios preventivos incluyen, entre otros:

- Artículos o servicios basados en pruebas que tienen en vigor un índice de A o B en las recomendaciones actuales del *United States Preventive Services Task Force* (“Equipo Especial”) con respecto al individuo en cuestión;
- Inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigor una recomendación del *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* (“Comité Asesor”) con respecto al individuo implicado;
- Con respecto a los bebés, los niños y los adolescentes (hasta los 21 años), la atención preventiva basada en pruebas y las pruebas de detección previstas en las directrices integrales respaldadas por la *Health Resources and Services Administration* (“HRSA”); y
- Con respecto a las mujeres, los cuidados preventivos basados en pruebas y las revisiones previstas en las directrices integrales respaldadas por la HRSA (no abordadas de otro modo por las recomendaciones del Equipo Especial).

Si una recomendación o directriz no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno para la estipulación del servicio preventivo, el Plan puede utilizar técnicas razonables de gerencia médica para determinar cualquier limitación de cobertura.

Los servicios preventivos estarán cubiertos por el Plan a partir del año del Plan que comience en o después del primer aniversario de la adopción de una recomendación o directriz. Por ejemplo, si una recomendación se adopta el 2 de abril de 2014, el Plan la cubrirá como servicio preventivo a partir del 1 de enero de 2016, el Año del Plan que comienza después del aniversario del 2 de abril de 2015 de la directriz adoptada.

Proveedor - profesional médico autorizado por su jurisdicción y que ejerce dentro del ámbito de su licencia para prestar un servicio cubierto por el Plan.

Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada - De conformidad con la sección 609 de la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en la Jubilación de 1974, en su versión modificada (ERISA), cualquier sentencia, decreto u orden (incluida la aprobación de un acuerdo de bienes) debidamente dictada de conformidad con una ley estatal de relaciones domésticas (incluida una ley de bienes gananciales) que esté

relacionada con las estipulaciones de apoyo médico infantil, pagos de pensión alimenticia o derechos de propiedad conyugal a un beneficiario alternativo, según se define dicho término en la sección 609(a)(2)(c) de ERISA.

Importe de pago calificado - significa una cantidad determinada de conformidad con la normativa emitida por los Departamentos del Tesoro, Sanidad y Servicios Humanos, y Trabajo. Por lo general, el importe del pago calificado es igual a la mediana del índice contractual para un artículo o servicio a partir del 31 de enero de 2019 y ajustado anualmente a partir de entonces de acuerdo con las directrices del Departamento del Tesoro y del Servicio de Impuestos Internos.

Cantidad reconocida - la menor entre la cantidad de pago calificado y la cantidad realmente facturada por el proveedor.

Jubilado - persona que reúne los requisitos de elegibilidad para ser jubilado, tal y como se indica en este folleto.

Esquema de beneficios - el esquema de beneficios y deducibles que se indica en este folleto.

Procedimiento quirúrgico - cortar, suturar, tratar quemaduras, corregir una fractura, reducir una luxación, manipular una articulación bajo anestesia general, electro cauterizar, puncionar (paracentesis), aplicar yesos, administrar neumotórax, endoscopia o inyectar solución esclerosante.

Incapacidad total y minusvalía total - su incapacidad total para realizar una actividad sustancial y lucrativa debido a una lesión o enfermedad física o mental que se espera que dure de forma permanente e indefinida.

Fideicomisarios - aquellas personas, y sus sucesores, que son nombradas de conformidad con el Acuerdo Reformulado y la Declaración de Fideicomiso del Fondo Médico de Plomeros y Fontaneros para administrar el Fondo.

Sindicato - Plumbers Local Union No. 5 de United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipefitting Industry de los EE.UU y Canadá, AFL-CIO.

Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR, por sus siglas en inglés) - nivel de cargos cubiertos en la medida en que no sean superiores al nivel generalmente cobrado por los proveedores en la misma zona geográfica por servicios iguales o similares. Los Fideicomisarios determinan si un cargo por un servicio o suministro es usual, habitual y razonable a través de diversos medios, entre ellos, la comparación con los cargos generalmente cobrados por personas en circunstancias similares por servicios y suministros similares en casos de naturaleza y

gravedad comparables en la zona geográfica concreta de que se trate. Cuando no pueda determinarse que un cargo por un servicio o suministro concreto es usual, habitual y razonable utilizando el método descrito en la frase anterior, UCR significa el menor de los siguientes importes: a) el cargo real del proveedor, o b) una cantidad que no excederá el 150% del índice de reembolso análogo de Medicare.

Trimestre de trabajo - periodo de tres meses civiles consecutivos que comienza el primer día de cualquiera de los meses de enero, abril, julio u octubre, durante el cual el empleado debe acumular el número de horas de empleo cubierto requerido para seguir siendo un empleado elegible según el Plan durante el siguiente trimestre de elegibilidad.

ELEGIBILIDAD Y COBERTURA

EMPLEADOS

Para participar en este Plan, debe (1) trabajar dentro de la jurisdicción del Local 5 de la United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipefitting Industry of the United EEUU and Canada, (2) ser funcionario o empleado a tiempo completo del Local 5 o del Fondo de Aprendizaje de Plomeros y Fontaneros, o (3) satisfacer de otro modo los requisitos establecidos por los Fideicomisarios. Si trabaja dentro de la jurisdicción del Local 5, este trabajo debe ser con un Empleador que esté obligado por un Acuerdo de negociación colectiva a aportar cotizaciones al Fondo Médico en su nombre. Esto se denomina empleo cubierto. No se requiere ningún examen médico para que pueda participar en este Plan. Las normas de elegibilidad que figuran en primer lugar a continuación son las normas de elegibilidad ordinarias. Les siguen las normas especiales de elegibilidad para los empleados de los grupos recientemente organizados, que es un estado temporal para ciertos nuevos participantes.

Elegibilidad inicial

Podrá ser elegible para los beneficios del Plan el primer día del segundo mes después de haber trabajado 750 horas en un empleo cubierto. Estas horas deben trabajarse en un periodo no superior a nueve (9) meses consecutivos. A partir de ese momento, podrá ser elegible durante al menos tres meses antes de tener que cumplir los requisitos adicionales de empleo para poder continuar con la cobertura.

Si queda Incapacitado durante este periodo inicial de elegibilidad, podrá congelar las horas que haya trabajado para cumplir el requisito de las 750 horas durante un máximo de 24 meses. Una vez transcurridos los 24 meses de incapacidad, no podrá congelar ninguna hora trabajada.

Continuación de la cobertura

Después de ser elegible según las normas habituales de elegibilidad del Plan, su cobertura continua depende de que trabaje un número mínimo de horas en cada trimestre laboral (año civil). Su elegibilidad para los beneficios continuará durante los periodos indicados a continuación, que se denominan trimestres de elegibilidad, si trabajó en un empleo cubierto durante al menos 300 horas en el trimestre de trabajo correspondiente.

Trimestre de trabajo	Trimestre de elegibilidad
Si ha trabajado al menos 300 horas durante el mes de:	Usted es elegible para los beneficios durante los meses de:
enero, febrero, marzo	mayo, junio, julio
abril, mayo, junio	agosto, septiembre, octubre
julio, agosto, septiembre	noviembre, diciembre, enero
octubre, noviembre, diciembre	febrero, marzo, abril

Con el fin de garantizar que haya tiempo suficiente para que la oficina del Fondo reciba y procese los informes de trabajo, se utiliza un “mes de desfase” para determinar su elegibilidad trimestral. El mes de desfase es el que transcurre entre el final de un trimestre de trabajo y el comienzo del siguiente trimestre de elegibilidad, tal y como se indica anteriormente..

Cobertura prolongada durante la incapacidad temporal

Si queda incapacitado, pero no totalmente incapacitado, usted y sus dependientes continuarán estando cubiertos por este Plan mientras permanezca incapacitado durante un máximo de ocho trimestres laborables después de que su cobertura hubiera finalizado normalmente. Si desea continuar su cobertura después de esa fecha, deberá efectuar autopagos mensuales, tal y como se describe más adelante en este folleto. No continuará percibiendo ningún beneficio por incapacidad durante más de ocho trimestres laborales en un periodo de cinco años, salvo que efectúe autopagos mensuales para continuar su cobertura.

Por cada trimestre de trabajo que esté incapacitado, se le acreditarán 300 horas. Si no está Incapacitado durante todo un trimestre laboral, se le abonarán hasta ocho horas por cada día que esté ausente del trabajo debido a su Incapacidad (hasta un máximo de 300 horas).

Podrá utilizar las horas de su cuenta de reserva para “pagar” la cobertura durante este periodo de incapacidad temporal, pero esas horas de la cuenta de reserva sólo comenzarán a disminuir en virtud de esta sección cuando el número de trimestres de trabajo (completos o parciales) que podría “comprar” con su cuenta de reserva (hasta tres trimestres de trabajo) sea igual al número de trimestres de trabajo que le quedan en virtud de esta estipulación de incapacidad..

Por ejemplo, si J.C. quedó incapacitado temporalmente en enero de 2019, y permaneció incapacitado durante ocho trimestres de trabajo, y tenía tres trimestres de trabajo en su cuenta de reserva, entonces, a partir de abril de 2020, las horas de la cuenta de reserva de J.C. se

utilizarán para pagar los tres trimestres de trabajo restantes de su cobertura por incapacidad. Después de eso, J.C. no tendrá más horas en su cuenta de reserva y tendrá que auto pagarse para continuar con la cobertura.

Los Fideicomisarios podrán exigir una prueba de Incapacidad tantas veces como se determine razonablemente necesario. Se considerará que la Incapacidad finaliza en la fecha en que se le dé de alta para el empleo, salvo que dicha reincorporación al empleo cubierto tenga fines de rehabilitación, sea exigida por ley o por decisión de un organismo, o sea compatible con una determinación de la incapacidad del empleado cubierto.

Cobertura durante la incapacidad total

Si queda totalmente incapacitado y se le conceden los beneficios de incapacidad del Seguro Social o de compensación para trabajadores, continuará cubierto por este Plan, sin necesidad de efectuar autopagos, durante un máximo de dos (2) meses a partir de la fecha de la carta de concesión. A partir de entonces, podrá continuar su cobertura efectuando los autopagos adecuados. Para poder recibir la cobertura conforme a esta sección, debe haber sido elegible para recibir los beneficios del Plan durante cuatro (4) de los cinco (5) años o doce de los quince (15) años (excluyendo cualquier periodo de Continuación de cobertura COBRA) inmediatamente anteriores a la fecha en que comenzó su incapacidad. También debe continuar recibiendo las prestaciones por incapacidad del Seguro Social o de compensación para trabajadores.

Los Fideicomisarios pueden exigirle una prueba de que continúa percibiendo los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de compensación para trabajadores. Para ello, es posible que le pidan una copia de su cheque más reciente de cualquiera de los dos beneficios.

Una vez que empiece a recibir una pensión (incluida una pensión por incapacidad) del *United Association National Pension Fund*, se le considerará jubilado en virtud de este Plan.

Además de las normas de elegibilidad indicadas anteriormente, si ha tenido derecho a los beneficios del plan durante al menos diez (10) años, los períodos de desempleo de un empleo cubierto se tendrán en cuenta para cumplir los requisitos de elegibilidad del plan para la cobertura continua de un jubilado o de un empleado con incapacidad total si, durante el período de desempleo haya:

1. permanecido disponible para trabajar en un empleo cubierto diariamente;
2. permanecido en la zona geográfica cubierta por el Sindicato

3. firmado mensualmente el libro de referencias;
4. no rehusado ningún trabajo en el empleo cubierto;
5. no trabajado en el oficio para empleadores no firmantes del Acuerdo de negociación colectiva; y
6. no trabajado para un Empleador en un puesto no cubierto por este Plan.

Si ha tenido derecho a los beneficios del Plan durante al menos diez (10) años, las horas que haya trabajado en virtud de un acuerdo de negociación colectiva en la jurisdicción geográfica de otro Sindicato local de U.A. para el que no estuviera en vigor un acuerdo recíproco también se tendrán en cuenta para cumplir los requisitos de elegibilidad del Plan para la cobertura continua como empleado con incapacidad total.

Cobertura bajo una cuenta de reserva

Si trabaja más de 350 horas durante un trimestre laboral, todas sus horas que superen las 350 se abonarán en una “Cuenta de Reserva” establecida a su nombre, hasta un máximo de 900 horas. Las horas de la cuenta de reserva se utilizan durante los períodos de desempleo o de bajo empleo para determinar su elegibilidad en virtud de este Plan. En virtud de estas estipulaciones, puede acumular hasta tres trimestres de elegibilidad pagados para ser utilizados durante los períodos de empleo bajo o nulo.

Para estar capacitado para utilizar la cuenta de reserva, deberá:

1. permanecer diariamente disponible para trabajar en un empleo cubierto;
2. permanecer en la jurisdicción geográfica cubierta por el Sindicato, salvo que esté trabajando en virtud de un acuerdo de negociación colectiva de United Association o U.A. local fuera de la jurisdicción geográfica del Sindicato;
3. firmar mensualmente el libro de referencias;
4. no rehusar más de dos empleos cubiertos;
5. no trabajar en el oficio para empleadores no firmantes del acuerdo de negociación colectiva o de cualquier acuerdo de negociación colectiva de la United Association o del Sindicato local de la U.A.; y
6. no trabajar para un Empleador en un puesto no cubierto por este Plan.

Nota: El uso de la cuenta de reserva no está disponible para los empleados de los grupos recién organizados.

Cobertura utilizando la cuenta de reserva de desempleo

Para los empleados cubiertos cuya elegibilidad para la cobertura según las estipulaciones básicas de elegibilidad de este Plan haya terminado por insuficiencia de horas de trabajo y que hayan agotado cualquier cobertura a su disposición mediante la aplicación de todas las horas de su cuenta de reserva, la cobertura puede prolongarse hasta el final del siguiente trimestre de elegibilidad utilizando las horas de la cuenta de reserva para desempleo del trimestre de trabajo en curso. Se cargará en la cuenta una cantidad igual al número de horas utilizadas, multiplicado por el índice de cotización vigente.

Normas de utilización de la cuenta de reserva de desempleo

El uso de la cuenta de reserva de desempleo se limita a los empleados cubiertos cuya pérdida de cobertura se deba a una cesantía por falta de trabajo, a una directiva del Sindicato o a un despido sin causa justificada.

Nota: El uso de la cuenta de reserva de desempleo no está disponible para los empleados de grupos recientemente organizados.

Durante el periodo en que el empleado cubierto esté de baja laboral, deberá permanecer disponible para trabajar diariamente y permanecer en la zona geográfica cubierta por el Sindicato. La cuenta de reserva de desempleo no se pondrá a disposición de ninguna persona que haya rechazado cualquier trabajo en el empleo cubierto durante el periodo de desempleo, ni de un empleado cubierto que esté desempleado y no haya firmado el libro de referencias en el Sindicato durante cada uno de los seis meses anteriores al inicio del trimestre de elegibilidad para el que se solicita la ayuda, ni de un empleado cubierto que abandone la industria sindicalizada de fontanería.

El uso de las horas de la cuenta de reserva de desempleo se limita a los dos primeros trimestres laborales posteriores a una pérdida de trabajo, durante los cuales el empleado cubierto no trabaja 300 horas o no tiene suficientes horas en su cuenta de reserva para conservar la elegibilidad para la cobertura. A partir de entonces, el empleado cubierto no podrá volver a utilizarla hasta que se establezca su elegibilidad para un periodo de elegibilidad posterior basado en las horas actuales de trabajo en un empleo cubierto.

Prioridad de cobertura bajo la cuenta de reserva de desempleo

Los empleados cubiertos que reclamen la ayuda en virtud del programa de la cuenta de reserva de desempleo recibirán la cobertura según el orden de llegada registrado por la oficina del Fondo mediante la recepción de una solicitud adecuada en un formulario que deberá solicitar a la oficina del Fondo. Deberá presentarse una solicitud distinta por cada trimestre de trabajo para el que se desee recibir ayuda en virtud de este programa. Una vez agotados los fondos asignados a esta cuenta por los empleados cubiertos, no estará disponible para otros hasta que y a menos que se reciban y asignen suficientes cotizaciones posteriores para este fin.

Cobertura en virtud de un acuerdo recíproco

Si trabaja en otra jurisdicción del Sindicato Local de U.A. que esté cubierta por un acuerdo recíproco, sus horas se considerarán horas trabajadas en un empleo cubierto a efectos de elegibilidad si las cotizaciones al plan recíproco se remiten a la oficina del Fondo. Para las horas trabajadas a partir del 1 de agosto de 2003, si el índice de cotizaciones recibido del fondo médico del Sindicato local visitado ("Fondo visitado") es superior al índice de cotizaciones que se habrían realizado si hubiera trabajado para un Empleador bajo este Plan, sus horas de trabajo bajo el plan del Fondo visitado se incrementarán proporcionalmente. Este aumento se basará en la relación que guarde el índice de cotizaciones recíprocas recibido con el índice de cotizaciones que se habrían efectuado si hubiera estado trabajando bajo este Plan. El aumento de horas resultante se considerará como horas trabajadas en un empleo cubierto por este Plan. No obstante, si el índice de cotizaciones recibido del Fondo visitado es inferior al índice de cotizaciones que se habrían efectuado si hubiera trabajado para un Empleador en virtud de este Plan, sus horas de trabajo no se reducirán proporcionalmente, sino que recibirá un crédito completo por dichas horas de trabajo.

Por ejemplo, si viaja a un local que recíprocamente cotiza a este Fondo y trabaja 160 horas, y el índice de cotización al Fondo Médico en ese local es de \$8.00 y el índice de cotización a este Fondo es de \$4.00, sus horas acreditadas a este Plan se incrementarán proporcionalmente en un 100% a 320 horas. Si, por el contrario, el índice de cotización en el Fondo visitado es inferior al índice de cotización del Fondo de \$4.00, se le seguirán acreditando las 160 horas completas que trabajó y no sufrirá una disminución proporcional de sus horas a efectos de crédito.

Si trabaja en otra jurisdicción del Sindicato local U.A. que no esté cubierta por un acuerdo recíproco, sus horas no se tendrán en cuenta a efectos de elegibilidad. En consecuencia, su cobertura de beneficios

finaliza cuando no cumple los requisitos para ser elegible de forma continuada. Si esto ocurre, debe ponerse en contacto con el plan del otro Sindicato local para saber cuándo estará cubierto por ese plan.

Si queda totalmente incapacitado después de haber sido elegible para los beneficios de este Plan durante al menos diez (10) años, pero, en el momento de quedar totalmente incapacitado está trabajando en otra jurisdicción del Sindicato local de U.A. que no está cubierta por un acuerdo recíproco, las horas que trabaje sin que el acuerdo recíproco esté en vigor se incluyen para la elegibilidad.

Cobertura durante el servicio militar

Si se encuentra en servicio militar activo durante treinta (30) días o menos, y cumple los demás requisitos de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés), usted (y sus familiares elegibles) continuarán recibiendo cobertura médica durante un máximo de treinta (30) días, de conformidad con la USERRA, sin gasto alguno para usted. A partir del 1 de enero de 2006, la cantidad de cotizaciones del empleador que de otro modo se adeudaría por dichos períodos de servicio militar capacitado se considerará un gasto administrativo del Fondo, y ningún Empleador individual será responsable de realizar dichas cotizaciones.

Si se encuentra en servicio activo durante más de treinta (30) días, la ley USERRA le permite continuar la cobertura médica, oftalmológica y dental para usted y su(s) dependiente(s) a su cargo durante un máximo de 24 meses si su servicio dura 24 meses o más. Si su servicio dura menos de 24 meses, su cobertura continuada durará lo que dure su periodo de servicio. Este derecho de continuación funciona de la misma manera que la Continuación de cobertura COBRA. Además, usted y su(s) dependiente(s) pueden ser elegibles para la cobertura médica del plan de cobertura médica militar, TRICARE (antes CHAMPUS). El Plan coordinará los beneficios con TRICARE.

No se ofrecerá cobertura para ninguna enfermedad o lesión que el Secretario de Asuntos de los Veteranos determine que se ha producido o agravado durante el desempeño del servicio en los Servicios Uniformados. Los Servicios Uniformados y el Departamento de Asuntos de los Veteranos le proporcionarán asistencia para las incapacidades relacionadas con el servicio.

Cuando sea despedido (no menos que honorablemente) del “servicio en los servicios uniformados”, tal y como se define en USERRA, su elegibilidad se restablecerá por completo el día en que vuelva a trabajar con un Empleador participante, siempre y cuando se presente de nuevo a trabajar con su Empleador anterior al servicio o informe a su Sindicato para trabajar con un Empleador participante dentro de:

- a. noventa (90) días a partir de la fecha de despedido, si el período de servicio fue superior a ciento ochenta (180) días; o
- b. catorce (14) días a partir de la fecha del despedido, si el período de servicio fue de treinta y un (31) días o más pero inferior a ciento ochenta (180) días: o
- c. al comienzo del primer período de trabajo completo programado regularmente el primer día civil tras el alta (más, el tiempo de viaje y ocho horas adicionales), si el período de servicio fue inferior a treinta y un (31) días.

Si está hospitalizado o convaleciente de una lesión causada por el servicio activo, estos plazos se prolongan hasta el período de su recuperación, sin exceder los dos años.

Utilización de la elegibilidad del banco de horas

Si elige la continuación de la cobertura USERRA y dispone de suficientes horas en su cuenta de reserva para ser elegible durante el período de su servicio (después de los primeros 30 días, durante los cuales se proporciona la cobertura sin agotar su elegibilidad), puede optar por utilizar las horas de su cuenta de reserva (si procede) o auto pagarse la continuación de la cobertura USERRA. Si elige utilizar su elegibilidad existente y si ésta se agota durante su servicio, puede entonces comenzar a auto pagarse si aún se le permite continuar su cobertura según las normas comentadas anteriormente. A su regreso al empleo desde el servicio uniformado, el Plan le permitirá ser elegible inmediatamente para reanudar la cobertura, pero deberá pagar dicha cobertura según los índices COBRA aplicables hasta que vuelva a ser elegible como resultado de las horas reportadas. *Nota: El uso de la cuenta de reserva no está disponible para los empleados de los grupos recién organizados.*

Alternativamente, si elige pagar por la continuación de la cobertura USERRA (después de los primeros 30 días de servicio durante los cuales la cobertura continúa sin costo para usted), su elegibilidad existente se congelará hasta que regrese al empleo cubierto desde el servicio militar capacitado, de modo que pueda utilizarse para establecer su elegibilidad continua para la cobertura en ese momento sin costo para usted.

Notificación y selección de cobertura

La ley USERRA le exige que notifique con antelación a su Empleador que se marcha para realizar el servicio militar, salvo que dicha notificación sea imposible o poco razonable o esté prohibida por el ejército. Tras dar dicha notificación a su empleador, también deberá notificar al Plan por escrito que se marcha para realizar el servicio militar

y que elige continuar con su cobertura médica. En los 60 días siguientes a la recepción de dicha notificación, la oficina del Fondo le proporcionará información específica sobre el costo de la continuación de la cobertura USERRA.

Si no notifica con antelación su licencia para el servicio militar a su Empleador, su cobertura se terminará a partir de la fecha en que abandone su empleo para el servicio militar. Si su falta de aviso previo del servicio militar está excusada, porque era imposible o poco razonable hacerlo o porque la necesidad militar lo impedía, el Plan restablecerá su cobertura médica retroactiva a la fecha de salida del empleo si se pone en contacto con el Plan para solicitar la continuación de la cobertura dentro de los 30 días siguientes a su salida y devuelve el formulario de elección de continuación de la cobertura USERRA a la Oficina del Fondo con su pago inicial dentro de los 30 días siguientes a la recepción de dicho formulario.

Si notifica con antelación a su empleador su licencia para el servicio militar pero no notifica al Plan que desea elegir la continuidad de la cobertura, ésta se terminará a partir de la fecha en que abandone su empleo para el servicio militar. No obstante, la oficina del Fondo le restablecerá la cobertura médica con efecto retroactivo a la fecha de su baja laboral si se pone en contacto con el Plan para solicitar la continuación de la cobertura en los 30 días siguientes a su baja y devuelve el formulario de continuación de la cobertura USERRA a la oficina del Fondo junto con su pago inicial en los 30 días siguientes a la recepción de dicho formulario.

Póngase en contacto con la oficina del Fondo llamando al 1-800-741-9249 para obtener información si es llamado al servicio militar activo.

Cobertura durante la licencia en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) permite al Empleado tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo durante cualquier período de 12 meses debido a:

1. el nacimiento de un hijo del empleado y para cuidar de dicho hijo;
2. la colocación de un niño con el Empleado para su adopción o acogida;
3. la necesidad de cuidar a un cónyuge, hijo o progenitor con un problema de salud grave;
4. el propio estado de salud grave del empleado; o

5. una “exigencia calificativa” derivada del hecho de que un miembro cubierto de la familia esté en servicio activo cubierto o sea llamado a un estado de servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas (incluidas la Guardia Nacional o las Reservas).

Además, un empleado elegible que sea familiar de un miembro del servicio militar cubierto que esté recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia puede tomarse hasta 26 semanas laborables de licencia en un solo periodo de 12 meses para cuidar al miembro del servicio cubierto con una enfermedad o lesión grave contraída en el cumplimiento del deber o una enfermedad o lesión grave agravada por el servicio en el cumplimiento del deber en servicio activo. Los miembros del servicio cubiertos incluyen a los veteranos que fueron miembros de las Fuerzas Armadas (incluida la Guardia Nacional o las Reservas) en cualquier momento durante los 5 años anteriores a la fecha en que comenzó el tratamiento médico, la recuperación o la terapia.

Durante su licencia, el empleado puede continuar con toda su cobertura médica y demás beneficios ofrecidos a través del Fondo. El empleado suele ser elegible para una licencia en virtud de la FMLA si el empleado:

1. ha trabajado para un Empleador cubierto durante al menos 12 meses;
2. ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores; y
3. ha trabajado en un lugar donde al menos 50 empleados están contratados por el Empleador en un radio de 75 millas.

El Fondo mantendrá el estado de elegibilidad del empleado hasta el final del permiso, siempre y cuando el Empleador cotizante conceda correctamente el permiso conforme a la FMLA y el Empleador cotizante realice la notificación y el pago requeridos al Fondo. Si necesita tomarse una licencia por un evento calificativo de la FMLA debe notificarlo inmediatamente a su empleador.

Restablecimiento de la cobertura

Si se descontinúa su elegibilidad durante más de cuatro (4) trimestres y después trabaja al menos 750 horas en un empleo cubierto en el siguiente período de nueve meses consecutivos, volverá a ser elegible para la cobertura de este Plan el primer día del segundo mes siguiente al mes en el que alcance las 750 horas.

No obstante, si se descontinúa su elegibilidad por desempleo o incapacidad y si busca trabajo de forma continua y activa en un empleo cubierto por el Plan, puede volver a ser elegible para la cobertura después de haber trabajado al menos 300 horas en un empleo cubierto

en un periodo de seis meses. período. La cobertura según estas estipulaciones se restablecerá el primer día del segundo mes después de que haya trabajado las 300 horas. Por supuesto, si está incapacitado, debe buscar trabajo activamente en el momento de su recuperación para que se apliquen las estipulaciones de reincorporación anteriormente mencionadas. Si no es elegible para la cobertura de este Plan durante cuatro trimestres de trabajo consecutivos, deberá volver a ser elegible según los requisitos de elegibilidad iniciales de este Plan.

Terminación de la cobertura

Si no trabaja al menos 300 horas en un empleo cubierto durante un trimestre de trabajo, la cobertura para usted y sus dependientes en virtud de este plan finalizará automáticamente al término del trimestre de elegibilidad en curso.

Por ejemplo, si trabajó en un empleo cubierto sólo 200 horas durante los meses de enero, febrero y marzo, su cobertura finaliza el 30 de abril. Si está efectuando autopagos para continuar su cobertura tal y como se describe en este folleto y no efectúa un pago a tiempo, su cobertura termina automáticamente al final del periodo para el que efectuó el último pago a tiempo.

Por supuesto, su cobertura puede terminar antes si el propio Plan se da por terminado o si no presenta la información solicitada por la oficina del Fondo.

Si está cubierto por este Plan, pero no lo está por un acuerdo de negociación colectiva, su cobertura también puede terminar si su Empleador no efectúa los pagos requeridos en su nombre. La terminación para estos empleados tendrá vigencia a partir del final del mes para el cual se debía efectuar el pago. En estas circunstancias, dichos empleados no podrán utilizar sus cuentas de reserva.

Si deja un empleo cubierto en la industria sindicalizada de plomería y fontanería, no podrá utilizar su cuenta de reserva y la cobertura para usted y sus dependientes en virtud de este Plan terminará al final del mes siguiente al mes en que se haya dado de baja. Sin embargo, usted y sus dependientes pierden automáticamente la elegibilidad para ciertos beneficios en la fecha en que deja el empleo cubierto. Estos beneficios son:

- Gastos de medicamentos recetados
- Gastos Dentales
- Gastos de cuidado de la vista
- Beneficio semanal por accidente y enfermedad
- Beneficios para cirugía no urgente (electiva)

Si deja de trabajar para un empleador que participa en este Plan, no recibirá crédito en virtud de este Plan por las horas trabajadas a menos que siga trabajando en la industria sindicalizada de fontanería en una jurisdicción que tenga un acuerdo recíproco con este Plan. Una vez terminada su cobertura, deberá volver a ser elegible para los beneficios de este Plan cumpliendo los requisitos de elegibilidad explicados anteriormente en este folleto.

NORMAS ESPECIALES PARA LOS EMPLEADOS EN GRUPOS RECENTEMENTE ORGANIZADOS

El Fondo ha establecido normas especiales de elegibilidad para los "empleados de grupos recientemente organizados". Los empleados que cumplen los requisitos para acogerse a estas normas especiales son personas que aún no son participantes en el Plan. Pueden ser empleados actuales de una empresa recién organizada que firme un acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato Local o empleados recién organizados representados por el Sindicato Local que luego sean empleados de un empleador que ya cotiza al Fondo. El objetivo de estas normas especiales de elegibilidad es recomendar la incorporación de nuevos participantes al Plan. Estas normas especiales de elegibilidad no están disponibles para los empleados actuales representados por el Sindicato local, los aprendices recién contratados u otros solicitantes regulares de representación por el Sindicato local. Los empleados que reúnan los requisitos para acogerse a estas normas especiales pueden optar por participar en el Plan a través de estas normas especiales o a través de las normas regulares del Plan descritas anteriormente. El empleado debe hacer afirmativamente esta selección. La selección se aplicará hasta que haya trabajado 750 horas en un empleo cubierto en un periodo no superior a doce meses, y la selección no puede anularse.

¿A qué periodo se aplican estas normas especiales?

Esta sección describe los requisitos de elegibilidad y los beneficios aplicables a los empleados de los grupos recientemente organizados durante un periodo limitado antes de que el empleado establezca su elegibilidad según las normas regulares de elegibilidad inicial del Plan.

Después de que un empleado de un grupo recientemente organizado haya trabajado 750 horas en un empleo cubierto en un periodo no superior a doce meses, estas normas especiales dejan de ser aplicables. Además, si un empleado de un grupo recientemente organizado pierde la elegibilidad según las normas especiales de elegibilidad continuada descritas en esta sección, estas normas especiales dejan de ser aplicables. En este caso, el empleado sólo podrá ser elegible para los beneficios si cumple las normas de elegibilidad inicial del plan, descritas anteriormente en este folleto.

Elegibilidad inicial - Empleados de grupos recientemente organizados

Si es empleado de un grupo recientemente organizado, tendrá derecho a los beneficios a partir del primer día del mes siguiente a la finalización de al menos 125 horas de trabajo en un empleo cubierto por el que el Fondo reciba cotizaciones. Los nombres de los nuevos empleados cubiertos por estas estipulaciones deben recibirse en la oficina del Fondo antes del primer día del primer mes de cobertura. Se recomienda a los empleados que notifiquen a Local 5 cuando hayan trabajado 125 horas en un empleo cubierto.

Ejemplos

Supongamos que el empleador de Mike firmó un acuerdo de negociación colectiva con el sindicato Local 5 el 10 de marzo. Mike lleva varios años trabajando para este Empleador, pero éste no estaba obligado anteriormente a aportar cotizaciones al Fondo por ninguno de sus empleados. Si Mike trabaja 125 horas por las que se adeudan cotizaciones al Fondo durante el mes de marzo, y el Fondo recibe una lista de los empleados de este grupo recién organizado que incluye a Mike antes del 1 de abril, y el Fondo recibe las cotizaciones adeudadas por el empleador por el trabajo de marzo (y todas las demás cotizaciones adeudadas desde la fecha de entrada en vigor del convenio colectivo) el 15 de abril o antes, entonces Mike tendrá derecho a los beneficios del Fondo a partir del 1 de abril (día 1 del mes siguiente a la finalización de las 125 horas de trabajo en el empleo cubierto) y seguirá teniendo derecho al menos hasta el 31 de mayo.

Supongamos que Bob forma parte de un nuevo grupo de empleados representados por el sindicato Local 5 contratados por un Empleador en virtud de un acuerdo de negociación colectiva que cubre a este nuevo grupo de empleados. Empezó a trabajar para el Empleador bajo el acuerdo de negociación colectiva el 10 de marzo. Aunque siguió siendo empleado del Empleador, no trabajó al menos 125 horas por las que se debían cotizaciones al Fondo en marzo. Sí trabajó 125 horas por las que se debían cotizaciones al Fondo entre el 10 de marzo y abril. Si el Fondo recibe antes del 1 de mayo una lista de los empleados de este grupo recientemente organizado que incluya a Bob, y el Fondo recibe las cotizaciones debidas por el empleador por el trabajo realizado en abril (y todas las demás cotizaciones debidas desde la fecha de entrada en vigor del convenio colectivo) el 15 de mayo o antes, entonces Bob tendrá derecho a los beneficios del Fondo a partir del 1 de mayo (día 1 del mes siguiente a la finalización de las 125 horas de trabajo en el empleo cubierto) y seguirá teniendo derecho al menos hasta el 30 de junio.

Cobertura continuada - Empleados de grupos recién organizados

Una vez obtenida la elegibilidad inicial, seguirá siendo elegible en virtud de estas normas especiales mientras trabaje al menos 750 horas en un periodo no superior a 12 meses y el Fondo reciba cotizaciones por esas horas.

Si no trabaja al menos 125 horas en dos meses consecutivos, perderá su elegibilidad el primer día del mes siguiente al segundo mes en el que no haya trabajado al menos 125 horas, salvo que efectúe autopagos al Fondo tal y como se describe en la sección titulada "Qué ocurre si no tiene suficientes horas (autopagos)."

Una vez que haya trabajado 750 horas en un periodo no superior a 12 meses, dejarán de aplicársele las normas especiales descritas en esta sección. Para continuar con la cobertura, deberá cumplir las normas de "cobertura continua" del Plan descritas anteriormente en este folleto.

Terminación de la cobertura para los empleados de grupos recién organizados

Este Plan está diseñado para proporcionar los beneficios necesarios a todos los empleados elegibles y a sus dependientes cubiertos. No obstante, debe ser consciente de las circunstancias que pueden dar lugar a una pérdida de elegibilidad. Es posible que usted o sus dependientes pierdan la elegibilidad si:

- El Fondo recibe menos de 125 horas de cotizaciones del empleador durante un mes en su nombre.
- Trabaja para un empleador no participante en el sector de la plomería y fontanería dentro de la jurisdicción geográfica de la United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipefitting Industry of the United States and Canada, AFL-CIO (en este caso, su elegibilidad terminará inmediatamente), a menos que dicho trabajo se realice en virtud de un acuerdo por escrito que se proporcione al Fondo.
- Usted ingresa en las Fuerzas Armadas.
- Se produce una modificación del Plan que afecta a la elegibilidad.

Restablecimiento de la cobertura si pierde su elegibilidad

Si, por cualquier motivo, pierde su elegibilidad para los beneficios durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, podrá volver a ser elegible para los beneficios únicamente cumpliendo las normas regulares de elegibilidad inicial del plan descritas anteriormente en este folleto.

Qué ocurre si no tiene suficientes horas (autopagos)

Si pierde la elegibilidad para percibir los beneficios durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, podrá efectuar autopagos al Fondo si ha trabajado al menos algunas horas en un empleo cubierto durante el mes anterior. Si la cobertura para usted y sus dependientes finaliza porque trabaja menos de 125 horas en un empleo cubierto durante un mes, puede continuar esta cobertura efectuando autopagos mensuales a la oficina del Fondo. Para cada mes, el pago se basa en el índice de cotizaciones por hora vigente a cargo de su Empleador, multiplicado por la diferencia entre 125 horas y el número de horas que trabajó.

Si no ha trabajado ninguna hora en un empleo cubierto durante el mes anterior, podrá continuar siendo elegible únicamente efectuando los pagos correspondientes a la Continuación de cobertura COBRA según se indica en este folleto.

Continuación de su elegibilidad mientras está total o temporalmente incapacitado

Si queda total o temporalmente incapacitado durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, no se aplicarán las normas de continuación de la cobertura descritas anteriormente en este folleto. No obstante, podrá continuar siendo elegible efectuando los pagos correspondientes a la Continuación de cobertura COBRA, tal y como se indica en este folleto.

Continuación de la elegibilidad de sus dependientes tras su muerte

Si fallece siendo empleado elegible durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, no se aplicarán las normas de continuación de la cobertura para las personas a su cargo descritas en la página 53 de la Descripción resumida del Plan. No obstante, sus dependientes podrán continuar siendo elegibles efectuando los pagos de la Continuación de cobertura COBRA tal y como se describe en este folleto.

Sin cobertura en la cuenta de reserva o en la cuenta de compensación por desempleo

Durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, no tendrá derecho a una cuenta de reserva ni a una cuenta de compensación por desempleo ni a obtener cobertura para los beneficios a través de ninguna de estas cuentas.

Cobertura en virtud de un acuerdo recíproco

Durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, se aplicarán a la cobertura en virtud de un acuerdo recíproco las mismas normas que se aplican a los empleados que no son empleados de grupos recientemente organizados. Véase el párrafo sobre este tema en la página 30, en la sección relativa a la elegibilidad ordinaria.

Cobertura durante los periodos calificados de servicio militar o de licencia familiar y médica

Durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales descritas en esta sección, El Fondo continuará la elegibilidad de los empleados de los grupos recién organizados durante los periodos de servicio militar capacitado o de licencia familiar y médica capacitada en la medida exigida por la ley federal. Véase el análisis de estos requisitos anteriormente en este folleto, en la sección relativa a la elegibilidad ordinaria.

Alcance de los beneficios para los empleados en grupos recientemente organizados y sus dependientes

Como empleado cubierto por el Plan Médico de Plomeros y Fontaneros a través de las normas especiales de elegibilidad para “empleados en grupos recientemente organizados”, usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a todos los beneficios médicos proporcionados por el Plan, con los mismos copagos y deducibles.

Sin embargo, no tendrá derecho a los siguientes beneficios durante el periodo limitado cubierto por las normas especiales de elegibilidad descritas en esta sección:

Subsidio de reembolso médico
Cuenta de reserva
Cuenta de reserva de desempleo

Podrá ser elegible para estos beneficios, así como para todos los demás beneficios ofrecidos por el Plan, después de haber trabajado 750 horas en un periodo no superior a 12 meses, siempre que cumpla las normas de elegibilidad habituales del Plan.

DEPENDIENTES

La cobertura de este Plan para sus dependientes comienza en la fecha en que usted sea elegible para la cobertura o, si es posterior, en la fecha en que él o ella cumpla la definición de “Dependiente” del Plan.

Para determinar si las personas a su cargo cumplen la definición de "Dependiente" del Plan, los Fideicomisarios podrán exigirle que aporte pruebas de matrimonio, filiación o incapacidad.

Si se determina que su dependiente está incapacitado, los Fideicomisarios podrán exigirle que proporcione periódicamente pruebas de que la incapacidad continúa y podrán, a cargo del Plan, exigir que su dependiente se someta a un examen médico para verificar la continuación de la incapacidad. Si no aporta las pruebas solicitadas o no acuerda que su dependiente se someta a un examen médico, la cobertura de su dependiente podrá ser rechazada o terminada.

La cobertura de sus dependientes termina automáticamente en la fecha en que finaliza su cobertura o en la fecha en que termina la cobertura de todos los dependientes de todo el Plan. No obstante, la cobertura de sus dependientes también finaliza cuando no cumplen la definición de "dependiente" del Plan, cuando pasan a estar cubiertas por este Plan en calidad de empleados o cuando su cónyuge sobreviviente contrae nuevo matrimonio.

La cobertura de su(s) hijo(s) dependiente(s) también terminará el último día del mes civil en el que, de conformidad con los procedimientos establecidos por los Fideicomisarios, usted solicite terminar la cobertura de su hijo menor de edad como dependiente bajo el Plan porque determina que existe una cobertura alternativa más favorable de otro plan, seguro médico grupal o programa público disponible para el hijo sólo si dicho hijo no está cubierto bajo este Plan. Si su hijo es menor de 18 años y/o está incapacitado, y salvo que usted tenga la custodia legal exclusiva de su hijo, tanto usted como el otro progenitor de su hijo que tenga la custodia legal deberán dar su consentimiento para terminar la cobertura del hijo como dependiente bajo el Plan por este motivo. Si su hijo tiene 18 años o más y no está incapacitado, tanto usted como su hijo deberán dar su consentimiento para terminar la cobertura del hijo como dependiente bajo el Plan por este motivo. El Plan no será responsable de ninguna pérdida que usted o su hijo tengan como consecuencia de la decisión de terminar la cobertura de su hijo en virtud del Plan. El hijo cuya cobertura se dé por terminada según lo dispuesto en este párrafo podrá volver a obtener cobertura como dependiente bajo el Plan, si reúne los requisitos, el primer día del mes civil posterior al mes civil en que la oficina del Fondo reciba la notificación de su reinscripción por escrito en un formulario aceptable para los fideicomisarios.

Si sus dependientes están efectuando autopagos a este Plan para continuar con su cobertura tal y como se describe en este folleto, su cobertura finaliza el último día del mes por el que efectuaron el pago a tiempo.

No se efectuará ningún pago en virtud de este Plan por los gastos

incurridos por usted o por sus dependientes una vez finalizada la cobertura, incluso si los gastos están relacionados con una enfermedad que existía antes de que finalizara la cobertura.

Órdenes de Apoyo Médico Infantil Calificadas

La ley establece que un beneficiario alternativo, tal y como se define a continuación, en virtud de una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés), también definida a continuación, debe continuar recibiendo cobertura médica en cumplimiento de una orden judicial. Una QMCSO es una sentencia o decreto judicial que obliga a un plan médico grupal a proporcionar cobertura a los hijos de un participante del plan, en virtud de una ley estatal de relaciones domésticas. El término “beneficiario alternativo” designa a cualquier hijo de un empleado al que se le reconozca, en virtud de una orden de Apoyo Médico Infantil, el derecho a afiliarse a un plan médico grupal. Podrá obtener, previa solicitud al administrador del Plan y sin cargo alguno, una copia de los procedimientos del Plan para tramitar las QMCSO.

Hijos adoptados

La cobertura para un hijo adoptado de un empleado activo comenzará cuando el niño sea “colocado”, determinado de conformidad con la ley, y no cuando la adopción sea definitiva. No se permiten las limitaciones sobre las enfermedades preexistentes del hijo adoptado.

Dependientes de jubilados

El jubilado debe notificar a la oficina del Fondo la existencia de nuevos dependientes en un plazo de sesenta (60) días a partir de la incidencia de cualquiera de los siguientes hechos: (a) el matrimonio o nuevo matrimonio del jubilado; (b) el nacimiento de un hijo dependiente del jubilado; o (c) la entrega en adopción de un hijo dependiente del jubilado al jubilado. El no proporcionar la notificación impedirá toda cobertura bajo el Plan para el cónyuge del jubilado; y el no proporcionar la notificación impedirá toda cobertura bajo el Plan para el/los hijo(s) dependiente(s) del jubilado hasta que se haya proporcionado dicha notificación.

JUBILADOS

Si se jubila antes de cumplir los 55 años, usted y sus dependientes no son elegibles para la cobertura de jubilado bajo el Plan.

Si se jubila después de cumplir los 55 años, recibe una pensión no suspendida de la United Association National Pension Fund (UANPF) y ha estado cubierto por este Plan durante cuatro (4) de los cinco (5) años o doce (12) de los quince (15) años inmediatamente anteriores a su jubilación (excluyendo cualquier periodo de Continuación de cobertura

COBRA), usted y las personas a su cargo pueden optar a la cobertura de jubilado de este Plan.

Continuará cubierto por este Plan, sin necesidad de pagar los cargos mensuales, durante el mes en que entre en vigor su jubilación. Despues de ese mes, sin embargo, deberá efectuar un autopago mensual, por una cantidad determinada periódicamente por los Fideicomisarios, para continuar su cobertura en virtud del Plan.

Alternativamente, si se jubila después de cumplir los 55 años, recibe una pensión del Seguro Social, no realiza ningún trabajo que se consideraría un empleo no apto según los términos del Plan UANPF y ha estado cubierto por este Plan durante al menos los veinte (20) años inmediatamente anteriores a su jubilación, Usted y sus dependientes son elegibles para la cobertura de jubilado bajo este Plan. Continuará cubierto por este Plan, sin necesidad de pagar cargos mensuales, durante el mes en que entre en vigor su pensión del Seguro Social. Despues de ese mes, sin embargo, deberá efectuar un autopago mensual, por una cantidad determinada periódicamente por los Fideicomisarios, para continuar su cobertura bajo el Plan.

Si está totalmente incapacitado y cumple los requisitos que se indican en esta sección, se le considerará "jubilado" y podrá ser elegible para la cobertura de jubilado de este Plan. Si queda totalmente incapacitado conforme a estas estipulaciones, su cobertura continuará mientras realice autopagos según el índice para jubilados de 62 años o mayores y mientras siga recibiendo su pensión de United Association National Pension Fund.

Una vez que sea elegible para la cobertura de jubilado en virtud de este Plan, su cobertura continuará hasta que deje de reunir los requisitos para ser un "jubilado" en virtud del Plan o no realice un autopago a tiempo, tal como se describe en este folleto. Su cobertura también puede terminar si no facilita la información solicitada por la oficina del Fondo. Por supuesto, su cobertura puede terminar si el Plan mismo, o la parte del Plan que proporciona cobertura a los jubilados, se termina. La parte que le corresponda pagar como jubilado en virtud de este Plan se reducirá en las cantidades que obtenga o pueda ser elegible para obtener de Medicare.

Los jubilados que vuelvan a trabajar en un empleo cubierto continuaran en estado de "jubilado" si el jubilado sigue cobrando una jubilación mientras trabaja. El jubilado pagará primas mensuales por la cobertura, y su empleador pagará cotizaciones al Fondo a la tarifa horaria vigente hasta el momento en que deje de trabajar en un empleo cubierto. Los jubilados no participarán en el Banco de Horas Activas si cobran una jubilación.

Deberá elegir la cobertura de jubilado en virtud del Plan en un plazo de

treinta (30) días a partir de la fecha de entrada en vigor de su pensión (o de la fecha de su primer beneficio de jubilación pago, si debido a la aplicación retroactiva, es posterior a su fecha de vigencia de la jubilación).

Si, en cualquier momento después de haber trabajado por última vez en un empleo cubierto, antes o después de su jubilación, está empleado (o trabaja por cuenta propia) en cualquier puesto o cargo (incluido el de supervisor) en la industria de la fontanería y la fontanería por un empleador que no es signatario de un acuerdo con el Sindicato, su elegibilidad para la cobertura de jubilado (y la de sus dependientes) terminará inmediatamente y ya no será elegible para la cobertura de jubilado bajo el Plan. Deberá notificar inmediatamente al Fondo si realiza un trabajo de este tipo.

Cobertura de los jubilados

Además de las horas contabilizadas según las normas anteriores, si ha tenido derecho a los beneficios del plan durante al menos 10 años, los períodos de desempleo de un empleo cubierto se contabilizarán para cumplir los requisitos de elegibilidad del Plan para la cobertura continua de un jubilado o de un empleado totalmente incapacitado si, durante el período de desempleo que tuvo:

1. permaneció disponible para trabajar en un empleo cubierto diariamente,
2. permaneció en la zona geográfica cubierta por el Sindicato,
3. firmó mensualmente el libro de referencias,,
4. no rechazó ningún trabajo en el empleo cubierto,
5. no trabajó en el oficio para empleadores no firmantes del acuerdo de negociación colectiva, y
6. no trabajó para un Empleador en un puesto no cubierto por este Plan. Si ha sido elegible para los beneficios de este Plan durante al menos diez (10) años, las horas que trabajó en virtud de un acuerdo de negociación colectiva en la jurisdicción geográfica de otro Sindicato local de U.A. para el que no estuviera en vigor un acuerdo recíproco también se tendrán en cuenta para ser elegibles para la cobertura continua de un jubilado.

CÓNYUGES Y DEPENDIENTES DE EMPLEADOS O JUBILADOS FALLECIDOS

Si usted fallece mientras está cubierto por este Plan, la cobertura de su cónyuge sobreviviente y de sus dependientes continúa hasta dos meses (sin incluir el mes del fallecimiento) de forma gratuita, salvo que su cónyuge vuelva a contraer matrimonio dentro de ese periodo de dos meses. Esto no se aplica si fallece mientras disfruta de la Continuación de cobertura COBRA. Después del periodo inicial de dos meses, su cónyuge puede continuar recibiendo los beneficios efectuando puntualmente autopagos mensuales a la oficina del Fondo. La cobertura de su cónyuge y sus dependientes sobrevivientes finaliza automáticamente en la fecha en que su cónyuge contrae nuevas nupcias.

Si fallece mientras tiene derecho a la cobertura de jubilado en virtud de este Plan, la cobertura para su cónyuge superviviente y las personas a su cargo continúa hasta dos meses sin cargos o, si es antes, hasta la fecha en que su cónyuge vuelva a contraer matrimonio. Después de este periodo de dos meses, su cónyuge puede continuar la cobertura para sí mismo y para sus dependientes efectuando pagos mensuales al Fondo.

La cobertura de su cónyuge superviviente y de las personas a su cargo finaliza automáticamente en la fecha en que su cónyuge superviviente vuelva a contraer matrimonio, en la fecha en que su cónyuge superviviente o las personas a su cargo no faciliten la información solicitada por la oficina del Fondo o en el último día del mes en que se haya efectuado el autopago a tiempo. Por supuesto, la cobertura de su cónyuge superviviente y sus dependientes puede terminar antes si el Plan en sí, o la parte relativa a esta cobertura, se da por terminado.

De los beneficios pagaderos a su cónyuge sobreviviente y a sus dependientes bajo el Plan se deducirán las cantidades que obtengan o tengan derecho a obtener de Medicare.

COBERTURA DE LOS EMPLEADOS CUBIERTOS QUE NO FORMAN PARTE DE LA UNIDAD DE NEGOCIACIÓN

No obstante, cualquier otra disposición de este Plan, la cobertura conforme a una estipulación firmada de los empleados cubiertos que no forman parte de la unidad de negociación, y la cobertura de sus dependientes, se basa en el pago por parte del empleador de cotizaciones mensuales al Plan a una tarifa por hora, según se establece en el acuerdo de negociación colectiva, multiplicada por ciento sesenta (160). La falta de pago por parte del empleador antes del día 20 del mes siguiente al mes al que corresponde el pago dará lugar a la terminación de la cobertura para dichos empleados a partir del final del mes al que correspondía el pago.

EX EMPLEADOS TOTALMENTE INCAPACITADOS

Si queda totalmente incapacitado mientras estaba cubierto por este Plan y se le conceden los beneficios de incapacidad del Seguro Social o de compensación para trabajadores, continuará cubierto por este Plan, sin necesidad de efectuar autopagos, durante un máximo de dos (2) meses a partir de la fecha de la carta de concesión. A partir de entonces, podrá continuar con la cobertura para usted y sus dependientes durante un máximo de 24 meses efectuando autopagos mensuales tal y como se describe en este folleto.

Si queda totalmente discapacitado mientras está cubierto por este Plan, se le han concedido los beneficios de discapacidad del Seguro Social o los beneficios de compensación para Trabajadores y, en el momento de quedar totalmente discapacitado, reunía los requisitos para recibir los beneficios de este Plan durante cuatro (4) de los cinco años anteriores o doce (12) de los quince (15) años anteriores (excluidos los períodos de Continuación de Cobertura COBRA), puede continuar la cobertura para usted y sus dependientes efectuando los autopagos mensuales a la oficina del Fondo tal y como se describe en este folleto.

Su cobertura finalizará automáticamente en la fecha en la que deje de estar totalmente incapacitado, en la fecha en la que no facilite la información solicitada por la oficina del Fondo o en el último día del mes en el que realice el autopago a tiempo. Además, su cobertura puede terminar antes si se termina el propio Plan.

CERTIFICADO DE COBERTURA CUANDO FINALIZA LA COBERTURA

En general, cuando finaliza la cobertura médica y dental de un empleado, el empleado, su cónyuge y/o hijo(s) dependiente(s) cubierto(s) tienen derecho por ley, y se les proporcionará, un certificado de cobertura que indique el periodo de tiempo que el empleado y/o dichas personas estuvieron cubiertos bajo el Plan. Dicho certificado se les proporcionará poco después de que el Plan sepa o tenga motivos para saber que la cobertura de dicho empleado, cónyuge y/o hijo(s) dependiente(s) ha finalizado. Además, dicho certificado se proporcionará una vez que el Administrador del Fondo reciba la solicitud de dicho certificado en la dirección indicada en este folleto en un plazo de dos años a partir de la fecha de finalización de la cobertura. Si solicita un certificado, el Fondo se lo enviará en un plazo razonable y sin demora.

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Usted, un doctor o un hospital pueden llamar a la oficina del Fondo al 1-800-741-9249 para verificar su elegibilidad o la de una persona a su cargo. La verificación de elegibilidad significa únicamente que usted o sus dependientes están cubiertos por el Plan y pueden recibir beneficios

de conformidad con el Plan. Usted o sus dependientes también están sujetos a las limitaciones y exclusiones contenidas en el Plan. La comprobación de la elegibilidad no significa que usted o sus dependientes estén cubiertos por el tratamiento proporcionado si no se cumplen las condiciones del Plan. Debe familiarizarse con las estipulaciones de este Plan para poder determinar si los servicios prestados a usted o su dependiente estarán cubiertos.

AUTOPAGOS

Este Plan le permite efectuar autopagos en su nombre y en el de sus dependientes con el fin de mantener su cobertura si deja de ser elegible durante los periodos de desempleo o incapacidad. Si abandona la zona geográfica cubierta por el acuerdo de Local 5 o deja el sector sindicalizado de la plomería y/o fontanería, no se le permite efectuar autopagos, excepto en el caso de la Continuación de cobertura COBRA. Sin embargo, los jubilados, empleados incapacitados, empleados totalmente incapacitados y cónyuges sobrevivientes y dependientes de empleados o jubilados fallecidos pueden (sujeto a limitaciones) hacer pagos mensuales para continuar con la elegibilidad. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de modificar los índices mensuales de autopago en cualquier momento.

EMPLEADOS

Empleados que trabajan en un empleo cubierto

Si la cobertura para usted y sus dependientes finaliza porque trabaja menos de 300 horas en un empleo cubierto durante un trimestre de trabajo, puede continuar esta cobertura efectuando autopagos mensuales a la oficina del Fondo. Para cada trimestre de trabajo, el pago mensual se basa en el índice actual de cotizaciones por hora a cargo de su empleador, multiplicado por la diferencia entre 300 horas y el número de horas que trabajó.

No podrá efectuar autopagos en virtud de estas estipulaciones si no trabajó en un empleo cubierto durante el trimestre de trabajo.

Su cotización mensual correspondiente a un trimestre de trabajo deberá recibirse a más tardar 45 días después de la finalización de dicho trimestre de trabajo. Si la oficina del Fondo no recibe su cotización antes de esa fecha, deberá cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales descritos anteriormente en este folleto para poder restablecer su cobertura.

Empleados que no trabajan en un empleo cubierto

Si su cobertura sigue vigente, pero no cumple los requisitos para continuar con ella, tal y como se describen anteriormente en este folleto, y no trabajó en un empleo cubierto durante el trimestre laboral anterior, puede continuar con su cobertura durante un máximo de 12 meses realizando autopagos mensuales a la oficina del Fondo. Esta cobertura podrá continuar durante más de 12 meses únicamente si ha seguido efectuando autopagos desde el 20 de septiembre de 1977. La cantidad del pago mensual se basa en el índice actual de cotización por hora que se cobra a los empleadores por 160 horas al mes.

Si su cobertura finaliza mientras no trabaja en un empleo cubierto, pero está disponible y busca activamente trabajo en un empleo cubierto, puede elegir una cobertura alternativa para un paquete reducido de beneficios para usted y sus dependientes durante un máximo de 24 meses haciendo autopagos a la oficina del Fondo. La selección de la cobertura alternativa puede realizarse en lugar de la cobertura continua conforme a COBRA, tal y como se explica en este folleto. La Mesa Directiva establece la cantidad de su autopago mensual y puede modificarla en cualquier momento. Una vez que elija esta cobertura alternativa, no podrá cambiar de opinión posteriormente. Esta cobertura finaliza automáticamente si no se reincorpora al trabajo cuando esté disponible.

Su cotización mensual debe recibirse antes del primer día de cada mes. Si la oficina del Fondo no recibe su cotización el último día de ese mes o antes, se considerará que su cobertura ha finalizado el último día del mes anterior y deberá cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales descritos anteriormente en este folleto para restablecer su cobertura.

Empleados con incapacidad total

Si padece una incapacidad total y no reúne los requisitos para recibir prestaciones en virtud de ninguna otra disposición del Plan debido a su incapacidad total, puede continuar la cobertura para usted y sus dependientes durante un máximo de 24 meses realizando autopagos mensuales a la oficina del Fondo. Sólo podrá efectuar estos autopagos si (1) no puede trabajar en su empleo cubierto y (2) ha solicitado o está apelando la denegación de las prestaciones de compensación para trabajadores o del Seguro Social por incapacidad. No podrá realizar autopagos en virtud de esta sección si puede reincorporarse a su puesto de trabajo en el empleo cubierto o si existe una resolución final que deniega su apelación de incapacidad del Seguro Social o de compensación para trabajadores.

Debe notificar a la oficina del Fondo en un plazo de 10 días después de recibir el primer pago de beneficios por incapacidad del Seguro Social o compensación para trabajadores. Los Fideicomisarios podrán exigirle que facilite toda la información necesaria para determinar si ha recibido realmente estos beneficios. Su cobertura podrá terminarse si no facilita la información solicitada o si no notifica que ha recibido los beneficios. Si usted o sus dependientes reciben beneficios del Plan por no haber proporcionado esta notificación o información, los Fideicomisarios podrán tomar las medidas necesarias para recuperar dichos beneficios.

La cantidad del pago mensual se basa en el índice actual de cotización por hora que se aporta a los empleadores por 160 horas al mes.

Su cotización mensual debe recibirse antes del primer día de cada mes. Si la oficina del Fondo no recibe su cotización el último día de ese mes o antes, se considerará que su cobertura ha finalizado el último día del mes anterior y deberá cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales descritos anteriormente en este folleto para volver a establecer su cobertura.

Si está totalmente incapacitado, se le han concedido prestaciones por incapacidad del Seguro Social o compensación para trabajadores y fue elegible para recibir prestaciones de este Plan durante cuatro de los cinco años (o 12 de los 15 años) inmediatamente anteriores a la fecha en que quedó totalmente incapacitado, puede continuar su cobertura durante un máximo de dos meses sin coste alguno. Después de este periodo de dos meses, puede continuar su cobertura efectuando autopagos mensuales en la oficina del Fondo. Si se le ha concedido la incapacidad del Seguro Social, deberá pagar el índice mensual de autopago para ex empleados totalmente incapacitados que figura en el Esquema de beneficios.

Si no se le ha concedido la incapacidad del Seguro Social, pero está recibiendo los beneficios de compensación para trabajadores, la cantidad del pago mensual se basa en el actual índice de cotización por hora que se cobra a los Empleadores por 160 horas al mes. Si se llega a un acuerdo sobre su reclamación de compensación para trabajadores, o si se terminan sus prestaciones de otro modo, dispondrá de un mes tras el acuerdo de compensación para trabajadores para solicitar las prestaciones por incapacidad del Seguro Social antes de que se terminen sus prestaciones en virtud del Plan.

La Mesa Directiva establece la cantidad de su autopago mensual y puede modificarla en cualquier momento. Su cotización mensual debe recibirse antes del primer día de cada mes. Si la oficina del Fondo no recibe su cotización el último día de ese mes o antes, se considerará que su cobertura ha finalizado el último día del mes anterior y deberá cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales descritos anteriormente en este folleto para volver a establecer su cobertura.

DEPENDIENTES

Si la cobertura de sus dependientes termina porque finaliza la suya, éstos pueden optar por continuar su cobertura conforme a los beneficios de Continuación de cobertura COBRA que se describen más adelante en este folleto. No obstante, el periodo máximo durante el cual se pagarán las prestaciones COBRA a sus dependientes se reducirá en función de los periodos de tiempo en los que usted efectúe autopagos en su nombre.

La cotización mensual de su dependiente deberá recibirse antes del primer día de cada mes. Si la oficina del Fondo no recibe la cotización el último día de ese mes o antes, se considerará que la cobertura de sus dependientes finalizó el último día del mes anterior. Los Fideicomisarios podrán solicitar que su cónyuge sobreviviente aporte una prueba de su estado civil. Si no aporta esta prueba, se podrá terminar la cobertura de sus dependientes.

JUBILADOS

Si se jubila antes de cumplir los 55 años, no podrá efectuar autopagos para continuar con la cobertura de este Plan.

Si se jubila después de cumplir los 55 años, recibe una pensión no suspendida de la United Association National Pension Fund (UANPF), y ha estado cubierto por este Plan durante cuatro (4) de los cinco (5) años o doce (12) de los quince (15) años (excluidos los períodos de Cobertura COBRA) inmediatamente anteriores a su jubilación, puede continuar su cobertura hasta el mes en que cumpla los 62 años realizando autopagos mensuales a la Oficina del Fondo.

Una vez cumplidos los 62 años, podrá percibir las prestaciones por muerte, muerte accidental, atención médica básica, atención médica especializada, atención oftalmológica, medicamentos recetados y atención dental de este Plan pagando los cargos mensuales que se indican en el Esquema de beneficios. De los beneficios que se le paguen en virtud de esta sección se deducirán las cantidades que reciba o tenga derecho a recibir de Medicare.

Si es elegible para recibir una prestación de jubilación de la UANPF y ha solicitado una prestación de jubilación, pero aún no ha recibido el primer pago de la prestación de jubilación, la oficina del Fondo deberá recibir su primer autopago mensual a más tardar el primer día del mes siguiente al que reciba el primer pago de la prestación de jubilación. En ese momento, deberá efectuar los autopagos mensuales correspondientes a todos los meses anteriores por los que recibió cobertura como jubilado, salvo el primer mes por el que recibió cobertura como jubilado. A partir de ese momento, la oficina del Fondo deberá recibir su autopago mensual antes del primer día de cada mes. Si la oficina del Fondo no recibe su autopago el último día del mes en que debe efectuarlo o antes, se considerará que su cobertura ha finalizado el último día del mes anterior. Una vez que su cobertura haya terminado por falta de pago, no podrá ser restablecida.

Para su comodidad, si está recibiendo un beneficio de pensión de la UANPF, puede autorizar a la UANPF a deducir su autopago mensual para la cobertura de jubilado de su beneficio de jubilación y remitirlo

directamente al Fondo. Póngase en contacto con la oficina del Fondo para obtener un formulario de autorización.

CÓNYUGES SOBREVIVIENTES Y DEPENDIENTES DE EMPLEADOS O JUBILADOS FALLECIDOS

Si es cónyuge sobreviviente o dependiente de un empleado o jubilado que falleció mientras estaba cubierto por este Plan, puede continuar su cobertura hasta dos meses (sin incluir el mes de la muerte) sin costo alguno. Si es cónyuge sobreviviente de un empleado o jubilado, puede continuar su cobertura después de este periodo de dos meses efectuando autopagos mensuales a la oficina del Fondo.

Si usted era dependiente de un empleado o jubilado y queda huérfano mientras está cubierto por este Plan, puede continuar su cobertura hasta dos meses sin costo. Después de este periodo de dos meses, su cobertura podrá continuar hasta que deje de cumplir con la definición de Dependiente del Plan, siempre y cuando su tutor efectúe los pagos mensuales en su nombre. La Mesa Directiva determinará periódicamente la cantidad de este autopago mensual, que figura en el Esquema de beneficios.

Los beneficios para cónyuges sobrevivientes y sus dependientes finalizan automáticamente en la fecha en que el cónyuge sobreviviente contrae nuevas nupcias. De los beneficios que se paguen en virtud de esta sección se deducirán las cantidades a las que tenga derecho o que reciba de Medicare.

Su cotización mensual deberá recibirse antes del primer día de cada mes. Si la oficina del Fondo no recibe su cotización el último día de ese mes o antes, se considerará que su cobertura ha finalizado el último día del mes anterior.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

Esta sección contiene información importante sobre su derecho a la continuación de cobertura COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, ésta finalizaría debido a un acontecimiento vital conocido como “evento calificativo”. El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación de 1985 (“COBRA”, por sus siglas en inglés). En determinadas circunstancias en las que su cobertura bajo el Plan finalizaría de otro modo, usted y sus dependientes pueden optar por continuar temporalmente su cobertura con los índices del grupo. Esta cobertura prolongada se denomina “Continuación de cobertura COBRA” y está disponible para usted y sus dependientes. Si no elige la continuación de cobertura COBRA para sus dependientes cuando esté disponible, éstos podrán elegirla para sí mismos. Una vez que finalice la continuación de cobertura COBRA, ya no estará disponible la cobertura de autopago. Como empleado, se convertirá en un “beneficiario calificado” con derecho a la continuación de cobertura COBRA si se reducen sus horas de trabajo o si se pone fin a su empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte. En ese caso, usted o sus dependientes tienen derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA durante un máximo de 18 meses. Este periodo máximo de 18 meses se compensa con los autopagos que efectúe en virtud de las estipulaciones de autopago del Plan.

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o su dependiente estaban totalmente incapacitados en el momento en que dejaron el servicio o que se incapacitaron totalmente durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura COBRA, entonces usted y sus dependientes que tenían derecho a los 18 meses iniciales de cobertura COBRA tienen derecho a mantener la cobertura COBRA durante 11 meses más. Para ser elegible para esta prolongación especial de COBRA, deberá enviar una copia de la determinación de incapacidad del Seguro Social a la oficina del Fondo en un plazo de 60 días a partir de dicha determinación.

Si la cobertura de las personas a su cargo finalizara por su muerte, divorcio o separación legal, por tener derecho a las prestaciones de Medicare o, en el caso de un hijo dependiente, por dejar de reunir los requisitos de “dependiente” según el Plan, puede optar por continuar con la cobertura médica existente durante un máximo de 36 meses. El periodo máximo de Continuación de cobertura COBRA disponible para sus dependientes es de 36 meses, incluso si se producen dos o más de los eventos que le den derecho a la cobertura, y se reduce en función de los periodos de tiempo en los que se hayan efectuado autopagos en su nombre.

- Usted o sus dependientes deben notificar a la oficina del Fondo cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - si usted fallece,
 - si se divorcia o se separa legalmente,
 - si un beneficiario deja de cumplir la definición de dependiente,
 - si se produce un segundo evento calificativo para COBRA (como su muerte, divorcio o elegibilidad a Medicare o si un beneficiario deja de cumplir con la definición de Dependiente) después de que un beneficiario calificado ya haya sido elegible para la cobertura COBRA de 18 meses (o 29 meses en caso de incapacidad), o bien
 - si la Administración del Seguro Social determina que un beneficiario calificado está incapacitado o ha dejado de estarlo.

Debe notificarlo por escrito a la oficina del Fondo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se produzca el evento o de la fecha en que vaya a perder la cobertura como consecuencia del mismo, la que sea posterior. Su notificación debe identificar el Plan, al empleado cubierto y a los beneficiarios elegibles (incluidos los nombres completos, los números de la seguridad social, las direcciones y los números de teléfono), el evento mencionado anteriormente y la fecha en que se produjo. Si procede, también deberá facilitar una copia de los documentos subyacentes pertinentes, por ejemplo, el certificado de defunción, la sentencia de divorcio o la determinación de incapacidad.

Con el fin de proteger los derechos de su familia a la continuación de cobertura COBRA, también debe notificar generalmente a la oficina del Fondo, tan pronto como sea posible, cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia.

Su empleador notificará a la oficina del Fondo su muerte, la finalización del empleo o la reducción de su horario de trabajo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se produzca el hecho o de la fecha en que perderá la cobertura como consecuencia del mismo, la que sea posterior. Una vez recibida en la oficina del Fondo la notificación del evento que da derecho a COBRA por su parte o por parte de su empleador, Usted y sus dependientes recibirán información sobre sus derechos y los procedimientos que deben seguir para elegir la continuación de cobertura COBRA. La oficina del Fondo le proporcionará un formulario de selección que deberá completar y devolver en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que hubiera perdido su cobertura o, si es posterior, 60 días después de recibir la notificación de sus derechos COBRA.

El coste de su prima COBRA se determina en función del coste de proporcionarle cobertura a un índice de grupo más un 2% en concepto de administración. Esta cantidad difiere de otros índices de autopago subvencionados por el Fondo y que están vinculados a múltiples de los

índices de cotización. La prima COBRA debe abonarse antes del séptimo día de cada mes, con un periodo de gracia de 30 días.

Existen dos tipos de continuación de cobertura COBRA. El primero se denomina “cobertura principal” e incluye las prestaciones médicas disponibles en virtud del Plan, pero no incluye la atención oftalmológica ni los beneficios dentales. El segundo tipo se denomina “cobertura complementaria” e incluye el Cuidado de la Visión y los Beneficios Dentales. Siempre puede elegir la cobertura básica y, si su cobertura actual incluye tanto la cobertura básica como la complementaria, puede optar por continuar con ambas. Usted es responsable de pagar la totalidad del costo de la continuación de cobertura COBRA. Los cargos de la cobertura “principal” y “complementaria” le serán notificados por la oficina del Fondo cuando tenga derecho a la continuación de cobertura COBRA.

Aunque su continuación de cobertura COBRA puede continuar en vigor hasta el periodo máximo descrito anteriormente en este folleto, terminará antes si:

1. termina la atención médica ofrecida por el Plan a todos los empleados en activo y a sus dependientes;
2. usted o sus dependientes no pagan la prima a tiempo;
3. usted o cualquiera de sus dependientes pasan a estar cubiertos por otro Plan Médico salvo que el plan contenga una limitación o exclusión relativa a cualquier enfermedad preexistente de esa persona; o bien
4. usted o cualquiera de sus dependientes adquiere derecho a Medicare.

(Nota: Si adquiere el derecho a Medicare mientras disfruta de la continuación de la cobertura y, por lo tanto, pierde su continuación de la cobertura, sus dependientes que tengan la continuación de la cobertura del plan no perderán su cobertura hasta 36 meses después de la fecha de su evento calificativo original).

COBERTURA ALTERNATIVA

Si no opta por recibir la cobertura de continuación COBRA, puede elegir continuar con sus beneficios médicos durante un máximo de 24 meses efectuando autopagos mensuales a la oficina del Fondo. Sin embargo, una vez que elija esta cobertura alternativa, no podrá cambiar de opinión en una fecha posterior y decidir recibir la Continuación de cobertura COBRA.

La cobertura alternativa sólo está disponible si está desempleado y busca activamente empleo en la parte del sector cubierta por el Plan. Si rechaza volver a trabajar cuando haya trabajo disponible, su derecho a seguir recibiendo autopagos por la cobertura alternativa finalizará.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

BENEFICIO BÁSICO POR FALLECIMIENTO

Los empleados y jubilados que fallezcan por cualquier motivo mientras estén cubiertos por este Plan tienen derecho a un Beneficio por Fallecimiento según se indica en el Esquema de beneficios. Si la muerte es accidental, la cantidad del beneficio se duplica.

Existe un beneficio adicional por Fallecimiento en caso de accidente laboral que se aplica únicamente cuando el Empleado trabaja en un empleo cubierto dentro de la jurisdicción geográfica del *Plumbers Local Union No. 5*. Para más detalles sobre este beneficio, consulte la sección titulada "Prestaciones suplementarias por accidente laboral."

El pago se efectuará a su beneficiario, previa presentación de una solicitud (petición) por escrito de dicho beneficio a la oficina del Fondo acompañada de una copia de su certificado de defunción. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de un año a partir de su muerte para que se efectúe el pago.

Puede nombrar a quien desee como su beneficiario y puede cambiar de beneficiario en cualquier momento rellenando el formulario correspondiente. Si no nombra a un Beneficiario, o si la persona nombrada no le sobrevive, el Plan establece que su beneficiario será la persona o personas supervivientes de la primera de las siguientes clases:

1. su cónyuge sobreviviente;
2. sus hijos sobrevivientes, (incluidos los hijos legalmente adoptados);
3. sus padres;
4. sus hermanos y hermanas; y
5. su patrimonio.

Si dos o más personas tienen derecho a los beneficios, se les pagarán a partes iguales salvo que usted especifique lo contrario. Su designación de beneficiario no cambia automáticamente a causa de su divorcio, matrimonio, separación legal o nacimiento de un hijo; sólo puede modificarse si su beneficiario fallece antes que usted o si presenta un nuevo formulario de designación de beneficiario en la oficina del Fondo. Es su responsabilidad revisar su actual formulario de designación de beneficiario y asegurarse de que refleja fielmente sus deseos.

Si el beneficio por fallecimiento se paga a un menor, el pago se efectuará al tutor legalmente designado del menor o al adulto que asuma la custodia física y la manutención principal del menor.

Limitación:

No se pagará ningún beneficio a menos que el administrador del Fondo reciba una copia certificada del acta de defunción y una solicitud por escrito de los beneficios en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de fallecimiento del empleado o jubilado cubierto.

BENEFICIO SEMANAL POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

El Plan le paga un beneficio semanal, tal y como se indica en el Esquema de beneficios, durante un máximo de 13 semanas mientras padezca una incapacidad y no pueda trabajar a causa de un accidente no laboral, una enfermedad, un embarazo o una afección relacionada con el embarazo. Si la Incapacidad es consecuencia de una lesión, el beneficio semanal comienza el primer día de Incapacidad. Si su Incapacidad es consecuencia de una Enfermedad que dura más de siete días, el beneficio semanal comienza el octavo día de su Incapacidad. No obstante, si la enfermedad continúa durante al menos 14 días a partir de la fecha en que quedó Incapacitado, el beneficio semanal se paga con carácter retroactivo desde la fecha en que comenzó su incapacidad.

Una vez recibido el formulario de reclamación requerido y las pruebas médicas, incluidos los historiales médicos, se pagarán los beneficios durante un máximo de 13 semanas por una misma Incapacidad. Los periodos sucesivos de incapacidad se consideran un único periodo continuado de incapacidad, salvo que se deban a causas distintas y no relacionadas, o salvo que vuelva a trabajar a tiempo completo durante al menos dos semanas laborales completas. No es necesario que esté confinado en su domicilio para cobrar los beneficios, pero debe estar bajo el cuidado de un proveedor legalmente capacitado y deben aportarse pruebas médicas de su lesión o enfermedad. No se considera que la incapacidad comienza más de un día antes de su primera consulta a un Proveedor. No se pagará ningún beneficio si fallece antes de recibirlo. Tampoco se pagarán beneficios por una Incapacidad que sea consecuencia del abuso de alcohol o sustancias. Además, no es elegible para recibir un beneficio semanal por accidente y enfermedad mientras sea donante de un trasplante de órganos.

No será elegible para recibir un beneficio semanal por accidente y enfermedad si:

- no ha completado 300 horas o más de empleo cubierto en el periodo de tres meses inmediatamente anterior al mes en el que se produce la incapacidad (salvo que, en el momento en el que se produce la incapacidad, esté actualmente empleado, haya estado buscando empleo activamente en el sector durante el periodo de tres meses anterior y haya trabajado al menos 3,400 horas durante los tres años anteriores), o bien

- no está trabajando en un empleo cubierto cuando comienza su incapacidad, o
- está recibiendo beneficios de compensación para trabajadores, o
- está obligado a efectuar autopagos para continuar con su cobertura según se describe en otras secciones de este folleto (salvo que haya completado 300 horas o más de empleo cubierto durante el período de tres meses inmediatamente anterior al mes en el que se produce la incapacidad, o que en el momento en el que se produce la incapacidad (1) estuviera actualmente empleado; y (2) estuviera buscando activamente empleo en el sector durante los tres meses anteriores; y (3) hubiera trabajado al menos 3.400 horas durante los 36 meses anteriores).

El beneficio semanal por accidente y enfermedad se paga únicamente durante el período de incapacidad. Una vez que se recupere de su incapacidad, deberá notificar su recuperación a la oficina del Fondo. Si recibe pagos por incapacidad después de su recuperación, dichos pagos deben devolverse al Fondo. Si se le abona un pago en exceso por un período en el que no está incapacitado y no lo devuelve al Fondo, esa cantidad más los intereses que el Fondo pueda imponerle se deducirán de su próxima reclamación de beneficios.

Para determinar si está incapacitado o si la incapacidad continúa, el Fondo se reserva el derecho de solicitarle que se someta a un examen físico periódico, a cargo del Fondo, realizado por un proveedor seleccionado por el Fondo. Su beneficio puede terminar si se rehúsa a someterse a un examen físico solicitado por el Fondo.

BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE LA VISTA

El Plan le paga un beneficio, según se indica en el Esquema de beneficios, si pierde una o más de sus manos o pies, o si pierde la vista de forma permanente..

Los beneficios se pagan únicamente si su lesión provoca la pérdida de la vista o de uno o más miembros en los 180 días siguientes a la fecha del accidente. La cantidad máxima a pagar por todas las pérdidas resultantes de una lesión se indica en el Esquema de beneficios.

No se pagan beneficios por las pérdidas derivadas de una enfermedad, un tratamiento médico o quirúrgico, una infección bacteriana (salvo cuando es consecuencia de un corte o herida accidental) o lesiones que se produzcan mientras trabaja a cambio de una remuneración en un empleo no sindicado o por cuenta propia en el sector de la plomería y fontanería.

Como se indica en el Esquema de beneficios, también existe una prestación complementaria asegurada por accidente de trabajo para el desmembramiento o la pérdida de visión como consecuencia de un accidente de trabajo. Para conocer los detalles de este beneficio, consulte la sección titulada "Beneficios suplementarios asegurados por accidente de trabajo".

BENEFICIO SUPLEMENTARIO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Si está incapacitado debido a una lesión relacionada con el trabajo y está recibiendo prestaciones de compensación para trabajadores en relación con dicha lesión, también puede ser elegible para recibir un beneficio semanal del Plan dependiendo de la jurisdicción que esté proporcionando las prestaciones de compensación para trabajadores. Los niveles de los beneficios suelen ser inferiores en virtud de las leyes de compensación para trabajadores de Maryland o Virginia, en comparación con los niveles de los beneficios del Distrito de Columbia. El Plan proporciona un beneficio suplementario destinado a reforzar los niveles de prestación si sus prestaciones se pagan desde Virginia o Maryland, de modo que sus prestaciones sean aproximadamente iguales a las que le habría pagado el Distrito de Columbia.

Para tener derecho a este beneficio semanal, debe quedar incapacitado mientras trabaja en un empleo cubierto dentro de la jurisdicción geográfica del Plumbers Local Union No. 5, y debe estar trabajando bajo un Acuerdo de negociación colectiva entre el Plumbers Local Union No. 5 y un empleador que requiera el pago por parte del empleador de una cotización suplementaria por hora diseñada para cubrir el costo de dicha cobertura. Y lo que es más importante, su incapacidad debe estar relacionada con el trabajo y debe dar lugar al pago efectivo de prestaciones semanales de compensación para trabajadores conforme a la legislación de Virginia o Maryland. Su incapacidad debe comenzar en los 90 días siguientes a su lesión y debe impedirle realizar todas las tareas de su ocupación habitual para que pueda ser elegible para estos beneficios semanales. Sus beneficios comienzan en el cuarto día de su Incapacidad o, si es posterior, en la fecha en que pase a ser elegible para recibir los beneficios de compensación para trabajadores como consecuencia de su lesión. Una vez que deje de recibir los beneficios semanales de compensación para trabajadores, sus beneficios semanales en virtud de esta sección finalizarán automáticamente.

Si, después de un año de recibir el beneficio suplementario, se le considera totalmente incapacitado, finalizará el beneficio suplementario semanal. En ese momento, será elegible para el beneficio de "incapacidad total" descrito en la sección titulada "Beneficios suplementarios por accidente de trabajo".

Si obtiene una indemnización o un acuerdo de compensación para trabajadores de una suma global por su lesión relacionada con el trabajo, su prestación semanal suplementaria de compensación para trabajadores se extingue de inmediato.

Si existe alguna duda sobre el lugar en el que debería recibir los beneficios de compensación para trabajadores (en Maryland, Virginia o el Distrito de Columbia) que suponga una diferencia en la cantidad que recibe, el Plan pagará el beneficio suplementario de compensación para trabajadores después de que usted firme un estado por escrito en el que acuerda devolver cualquier beneficio que supere la cantidad a la que tiene derecho una vez que se le conceda realmente la compensación para trabajadores.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ASEGURADOS POR ACCIDENTE DE TRABAJO

Si se lesionara en el trabajo mientras desempeña un empleo cubierto dentro de la jurisdicción geográfica del Plumbers Local Union No. 5, puede ser elegible para recibir prestaciones complementarias proporcionadas a través de una póliza de seguros externa proporcionada a través de *Chubb Insurance Company* ("póliza de Chubb"). Esta sección describe brevemente los beneficios de dicha norma; para más detalles sobre estos beneficios, póngase en contacto con la oficina del Fondo si se lesionara en el trabajo.

Todos los beneficios proporcionados como parte de las prestaciones complementarias por accidente de trabajo están sujetos a las limitaciones y se rigen por las estipulaciones de la póliza de Chubb.

Si alguna parte de esta sección "Beneficios suplementarios asegurados en caso de accidente laboral" es incoherente con las estipulaciones de la póliza de Chubb suscrita para proporcionar dichos beneficios, regirán las estipulaciones de la póliza de Chubb.

Los beneficios suplementarios asegurados por accidente de trabajo, tal y como se indican en el Esquema de beneficios, se pagan si usted fallece o pierde la vista, el habla, la audición o uno o más miembros como consecuencia de una lesión relacionada con el trabajo en el plazo de un año. Estos beneficios se pagan a través de la póliza de Chubb.

Si queda totalmente incapacitado durante un año, entonces podrá ser elegible para recibir un beneficio mensual hasta su recuperación o hasta que se haya pagado un total de \$100,000, menos cualquier cantidad pagada por desmembramiento o pérdida de la vista, el habla o audición. Este pago mensual se abona a través de la póliza de Chubb y está sujeto a todas las condiciones de la póliza.

Los beneficios suplementarios por accidente de trabajo no cubren las pérdidas resultantes de:

- desplazamientos de ida y vuelta al trabajo;
- lesiones autoinfligidas intencionadamente o suicidio, cometido estando cuerdo o demente;
- guerra o acto de guerra;
- enfermedad, embarazo, parto, aborto espontáneo o infección bacteriana (salvo cuando sea consecuencia de un corte o herida accidental); o
- lesiones por las que no presente reclamación en el plazo de un año.

La póliza de Chubb también puede pagarle beneficios adicionales relacionados con una lesión en el trabajo. Póngase en contacto inmediatamente con la oficina del Fondo si se lesionara en el trabajo para obtener más información sobre los beneficios suplementarios por accidente laboral.

BENEFICIOS BÁSICOS

La siguiente sección describe los beneficios básicos disponibles para los empleados cubiertos, los jubilados no elegibles a Medicare y sus dependientes. Si usted es un jubilado elegible para Medicare, consulte el Resumen de beneficios de Humana para obtener una descripción de los beneficios médicos disponibles para usted.

BENEFICIOS PARA GASTOS HOSPITALARIOS

Los beneficios para gastos hospitalarios se pagan bajo este Plan para usted y sus dependientes, hasta las cantidades máximas indicadas en el Esquema de beneficios. Los beneficios también se pagan en relación con el embarazo, el parto, el aborto espontáneo o terapéutico.⁴ Se aplican límites separados a los cargos por habitación y comida, los cargos por consultas a proveedores hospitalarios, los cargos por emergencias médicas y los cargos hospitalarios varios. No se pagará ninguna prestación hospitalaria por cuidados médicos que estén cubiertos como beneficio bajo cualquier otra estipulación de este Plan. Se requiere autorización previa, tal y como se describe en la página 87, para todas las estancias hospitalarias, excepto las correspondientes a servicios de emergencia.

Atención hospitalaria cubierta

La atención hospitalaria cubierta incluye los siguientes servicios o suministros prestados en un hospital o centro de maternidad:

- cuarto y comida;
- consultas a proveedores;
- cargos de quirófano;
- pruebas diagnósticas de laboratorio y patología;
- exámenes de rayos X;
- diálisis renal;
- radioterapia, incluido el uso de rayos X y otras modalidades de alta energía, radón, radio, cobalto y otras sustancias radiactivas;
- vendajes, apósticos quirúrgicos, yesos, férulas, bragueros, aparatos ortopédicos y muletas;;
- medicamentos con receta tomados o administrados durante la hospitalización;
- anestesia y su administración;
- oxígeno y su administración;

⁴ Un aborto se considera terapéutico si la vida de la madre correría peligro si el feto llegara a término.

- plasma sanguíneo, prolongadores de plasma y transfusiones de sangre;
- servicios de un fisioterapeuta licenciado;
- servicios de un dentista para el tratamiento de fracturas o luxaciones de la mandíbula, incluida la cirugía oral y la sustitución de dientes permanentes dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de la lesión que provocó directamente dicha afección;
- servicios de una enfermera partera;⁵
- servicio de ambulancia para el transporte de emergencia del paciente hasta o desde el Hospital o Centro de Partos más cercano equipado para proporcionar la atención médica requerida; y
- servicio de ambulancia aérea para el transporte de emergencia de la paciente hasta o desde el Hospital o Centro de Partos más cercano equipado para proporcionar la atención médica requerida.

El servicio de ambulancia y el servicio de ambulancia aérea descritos anteriormente estarán cubiertos como prestación por emergencias médicas y se pagará tal y como se describe en la sección “Beneficio por emergencias médicas” del Esquema de beneficios. Independientemente de la frase anterior, el Plan cubrirá los servicios de ambulancia aérea al 100% de la cantidad facturada en los casos en que American Health Holding, Inc. (AHH) haya determinado que el transporte es médicalemente necesario y haya negociado un acuerdo con un proveedor de servicios de ambulancia aérea para que proporcione el transporte.

Beneficio de cuarto y comida

El Plan paga un beneficio básico que no supera los cargos reales por cada hospitalización hasta el máximo beneficio diario que se indica en el Esquema de beneficios para los cargos por habitación y comida en régimen semiprivado. Los beneficios de habitación y comida en hospital están limitados a un máximo de 70 días de hospitalización por cada lesión o enfermedad en un año civil.

Los cargos que excedan el beneficio básico para las hospitalizaciones cubiertas, incluidos los cuidados intensivos o la atención privada en cuarentena, se pagan en virtud del beneficio médico principal. La cantidad que se paga por los recién nacidos es el 50% de los cargos por alojamiento y comida de la madre mientras esté hospitalizada como consecuencia del parto.

⁵ Una enfermera partera es un miembro del Colegio Americano de Enfermeras Parteras debidamente certificado para ejercer la partería.

Consultas a proveedores para pacientes hospitalizados

El Plan paga hasta una consulta al día de un máximo de dos proveedores por hospital, hasta la cantidad máxima indicada en el esquema de beneficios. No se pagan beneficios por las consultas de su cirujano en relación con una intervención quirúrgica o cuidados postoperatorios. Los servicios prestados por una Enfermera Partera están cubiertos, siempre que la Enfermera Partera esté supervisada por un Proveedor. No se pagará ningún beneficio por los cargos de un Proveedor en relación con los servicios prestados por una enfermera partera, salvo que los servicios del Proveedor se presten como consecuencia de una complicación del embarazo. Cuando se produzca una complicación del embarazo, el beneficio pagadero por los servicios combinados de la enfermera-partera y el Proveedor no superará el máximo indicado en el Esquema de beneficios para los servicios de un Proveedor que realice los servicios. En estos casos, la prioridad de pago se basará en la fecha en que el administrador de reclamaciones del Plan reciba la factura.

Una complicación del embarazo a efectos de esta cobertura es cualquiera de los siguientes:

- intervenciones quirúrgicas por embarazo extrauterino;
- intervenciones quirúrgicas intraabdominales tras la terminación del embarazo;
- hospitalización en un hospital por vómitos perniciosos del embarazo;
- hospitalización por toxemia;
- entrega por cesárea;
- amenaza de aborto; y
- hemorragia posparto grave.

Madres y recién nacidos

Los planes médicos grupales y los emisores de seguros médicos no pueden, por lo general, según la ley federal, restringir los beneficios de cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe en general que el proveedor 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 las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor para recetar una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Cargos hospitalarios diversos

El Plan paga un beneficio básico por otros cargos hospitalarios en los que se incurra mientras esté hospitalizado hasta la cantidad máxima por hospitalización que se indica para los gastos varios de hospitalización en el esquema de beneficios.

Algunos gastos permitidos que no están cubiertos en su totalidad por el beneficio básico como prestaciones por gastos hospitalarios pueden pagarse con la prestación de gastos médicos mayores. La cobertura incluye los cargos de un Hospital por servicios y suministros como el uso de un quirófano, radiografías, pruebas de laboratorio, fármacos y medicamentos, cargos por la administración de anestesia y servicio profesional de ambulancia de ida y vuelta al hospital.

Periodos de hospitalización

Si usted o sus dependientes son hospitalizados más de una vez, cada hospitalización se considerará independiente si:

- se debe a una causa totalmente distinta y no relacionada;
- está separada de la última hospitalización por al menos 30 días; o
- se recupera completamente de la lesión o enfermedad que dio lugar a la hospitalización anterior.

BENEFICIO DE EMERGENCIA MÉDICA

El plan paga un beneficio básico de emergencia médica, que no excede los cargos reales, hasta la cantidad indicada en el Esquema de beneficios, por los servicios de emergencia prestados para tratar afecciones médicas de urgencia. Los cargos que superen el beneficio básico máximo indicado en el Esquema de beneficios se pagarán como beneficios médicos principales.

La cobertura de los cuidados ambulatorios en virtud de este beneficio incluye:

- servicios de proveedores;
- los cargos de la sala de emergencias;
- servicios de rayos X, diagnóstico y laboratorio; y
- los cargos diversos.

Debido al elevado costo que supone recibir servicios médicos en la sala de emergencias de un hospital, se le recomienda que establezca una relación continua con un médico generalista, un médico de familia o un médico del centro de salud y bienestar del fondo médico de *UA Plumbers Local 5*, al que pueda acudir para recibir atención rutinaria. Si recurre a la sala de emergencias para recibir atención de rutina, o para recibir atención por una afección que no sea una afección médica de

emergencia (según la definición anterior, que incluye las afecciones que una persona no profesional prudente consideraría razonablemente que podrían poner en grave peligro su salud), el Plan no pagará ningún cargo de la sala de emergencias por dicha atención y sólo pagará otros cargos en la medida de lo que hubiera costado si hubiera recibido dicha atención en la oficina de un proveedor, lo que aumentará en gran medida la cantidad de desembolsos directos que deberá pagar.

Los cargos por servicios de emergencia prestados por un proveedor que se encuentre fuera de la región geográfica de CareFirst (“Servicios de emergencia fuera del área”) no estarán sujetos a un deducible fuera de la red. Los cargos se pagarán en primer lugar según el beneficio de emergencias médicas utilizando el índice de fuera de la red (en lugar de los descuentos disponibles en la PPO de CareFirst u otras redes de Blue Cross/Blue Shield). El Exceso se pagará según el índice fuera de la red como beneficio médico principal (incluidos todos los gastos cubiertos).

BENEFICIOS QUIRÚRGICOS

El Plan le reembolsa a usted y a sus dependientes los gastos que paguen por un cirujano principal en relación con una intervención quirúrgica que se realice en un hospital, en la oficina de un proveedor o en algún otro centro ambulatorio. La cantidad máxima pagadera, incluidos los beneficios para los cirujanos asistentes, se indica en el Esquema de beneficios. También se pagarán beneficios por los procedimientos quirúrgicos realizados en relación con su embarazo o el de su cónyuge. Para las cirugías ambulatorias, la prestación quirúrgica incluirá la cobertura de los cargos del centro hasta el nivel usual, habitual y razonable y sujeto al máximo indicado en el Esquema de beneficios.

Los servicios quirúrgicos consisten en los honorarios del cirujano por todas las cirugías realizadas dentro o fuera de un hospital, así como los procedimientos endoscópicos (inserción de un tubo para examinar los órganos internos), incluidas la cistoscopia, la proctoscopia y la sigmoidoscopia. Las reclamaciones quirúrgicas se pagarán hasta el nivel usual, habitual, y razonable para el procedimiento en cuestión. Las cantidades que excedan de la cantidad permitida están cubiertas por las estipulaciones de gastos médicos principales del Plan.

Cirugías individuales

La cantidad máxima a pagar por una intervención quirúrgica se indica en el esquema de beneficios y no superará el costo real de la intervención quirúrgica.

Cirugías múltiples

Si usted o sus dependientes se someten a más de una intervención quirúrgica al mismo tiempo, el beneficio máximo a pagar dependerá de las operaciones realizadas.

Si las intervenciones quirúrgicas las realiza el mismo proveedor en la misma zona, la cantidad máxima que recibirá será el 100% de los cargos usuales, habituales y razonables por la primera intervención quirúrgica y el 50% de los cargos usuales, habituales y razonables por cada intervención quirúrgica adicional.

Si las intervenciones quirúrgicas se realizan al mismo tiempo, pero en distintas zonas del cuerpo o dificultan la cirugía, se le reembolsará hasta el 100% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables por cada intervención.

Cirugías sucesivas

Las operaciones sucesivas se consideran una única operación salvo que:

- usted esté completamente recuperado de la primera operación;
- las cirugías estén separadas por al menos un mes;
- las causas de las cirugías no estén relacionadas en absoluto; o
- cada operación se realice en una parte distinta de su cuerpo a través de incisiones diferentes.

Segundas opiniones quirúrgicas

Para recomendarle a usted o a su dependiente que solicite una segunda opinión quirúrgica antes de someterse a una intervención electiva que no sea de emergencia, el Plan pagará la cantidad íntegra de los cargos cobrados por el segundo proveedor. Si se requiere una tercera opinión porque la segunda opinión quirúrgica no confirma la necesidad de la cirugía propuesta, el Plan también cubre esos costos en su totalidad, hasta la cantidad máxima indicada en el Esquema de beneficios. Los beneficios que se pagarán no superarán los cargos reales incurridos, sujetos a las limitaciones de pago indicadas en otra parte de este Plan.

No se cubrirán más de dos segundas opiniones quirúrgicas y no se pagarán beneficios si:

- el proveedor no está certificado como especialista en el campo de la cirugía;
- la intervención quirúrgica propuesta no está cubierta por este Plan;
- la opinión la proporciona alguien que puede beneficiarse económicamente en función de la opinión emitida;

- el proveedor no le examina personalmente;
- la consulta está relacionada con un beneficio quirúrgico que no se pagaría en virtud del Plan; o bien
- la opinión se proporciona después de la intervención quirúrgica.

No se sugieren segundas opiniones para intervenciones quirúrgicas de emergencia que deban realizarse inmediatamente para proteger la salud o la vida del paciente. Una segunda opinión sólo es necesaria para intervenciones quirúrgicas electivas y no urgentes. La decisión de seguir adelante con la operación depende exclusivamente de usted.

Reconstrucción mamaria

Los beneficios para la cirugía reconstructiva de la mama en relación con una mastectomía deberán, como mínimo, prever:

- la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y
- la cobertura de las principales prótesis médicas y complicaciones físicas de todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas; de la forma que se determine en consulta con el médico asistente y la paciente.

Cirugía oral

Cuando sea necesaria una intervención quirúrgica bucal como consecuencia de una lesión corporal accidental, el plan pagará hasta el 100% de los cargos habituales, acostumbrados y razonables por los servicios quirúrgicos de un dentista o cirujano bucal, hasta la cantidad máxima indicada en el Esquema de beneficios.

Además, se pagará hasta el 100% de los cargos usuales, habituales y razonables por los beneficios quirúrgicos, hasta la cantidad máxima indicada en el Esquema de beneficios, por cirugía oral y maxilofacial, pero sólo cuando no se trate de una estructura dental, un procedimiento alveolar, una enfermedad periodontal o una enfermedad del tejido gingival.

El Plan paga los beneficios quirúrgicos en nombre de un dentista o cirujano oral si proporcionan el tratamiento necesario como consecuencia de una lesión corporal accidental. También se proporcionan beneficios quirúrgicos para los siguientes procedimientos de cirugía oral:

- la escisión de dientes impactados parcial o completamente no erupcionados;

- la escisión de la raíz de un diente sin la extracción de todo el diente; u
- otros procedimientos de incisión o escisión en las encías y tejidos de la boca cuando no se realicen en relación con la extracción o reparación de dientes.

Los beneficios quirúrgicos y afines (por ejemplo, por hospitalización, servicios ambulatorios, servicios de anestesia) no se pagarán por ningún otro gasto por servicios dentales o cirugía oral. Los beneficios dentales proporcionados por el Plan se describen más adelante en este folleto.

Cirugía estética

La cirugía estética es cualquier operación realizada para mejorar el aspecto y no por motivos terapéuticos. En general, la cirugía estética no es un beneficio cubierto. Sin embargo, si dicha cirugía es necesaria para corregir daños resultantes de una lesión accidental, mastectomía o para la corrección de un defecto congénito, se cubre hasta el 100% de los cargos usuales, habituales y razonables, hasta la cantidad máxima indicada en el esquema de beneficios, para dicha cirugía y los gastos de hospital y otros gastos médicos relacionados. Además, la cirugía deberá completarse en los dos años siguientes al accidente. No se cubre ningún otro gasto por cirugía estética.

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica está cubierta por el beneficio quirúrgico si el procedimiento es médicaamente necesario según lo pre certificado antes de la cirugía. Su solicitud de aprobación de cirugía bariátrica será revisada por American Health Holding, Inc. (AHH) para determinar si la cirugía prevista es médicaamente necesaria. La determinación de AHH se hará en base a las pautas de atención desarrolladas en la industria de la salud, las cuales pueden cambiar con el tiempo. Puede ponerse en contacto con AHH si tiene preguntas al respecto de dichas directrices asistenciales (véase la página 116).

Una vez que usted o su proveedor notifiquen al Fondo su intención de someterse a una cirugía bariátrica, podrá inscribirse en el programa de gestión de cuidados bariátricos de AHH, que incluye la gerencia de casos antes y después de la cirugía. Este programa incluirá educación y apoyo respecto a la cirugía, la pérdida de peso y la salud en general.

Los costos derivados de las revisiones médicas y psicológicas previas a la cirugía, así como el asesoramiento previo a la cirugía, están cubiertos por el Plan. También están cubiertos los costos de los cuidados postoperatorios, incluida la gerencia de casos postoperatorios relacionados con la cirugía.

BENEFICIOS POR EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO

El Plan paga un beneficio, hasta la cantidad máxima indicada en el Esquema de beneficios, por los gastos reales incurridos en relación con los servicios de laboratorio o rayos X que se realizan con fines de diagnóstico.

Los beneficios por exámenes de diagnóstico de laboratorio y patología y radiografías no se pagan por:

- radiografías dentales, salvo en caso de lesión corporal accidental de sus dientes naturales;
- exámenes o pruebas que no estén recomendados o aprobados por un proveedor o cirujano legalmente capacitado, salvo los exámenes de rayos X ordenados por un quiropráctico; o
- exámenes oculares.

BENEFICIOS DE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

El Plan paga un beneficio básico por cada consulta realizada por su proveedor en su domicilio o en la oficina del proveedor como consecuencia de una lesión o enfermedad. La cantidad máxima pagadera anualmente en concepto de prestaciones por visita al médico en régimen ambulatorio se indica en el Esquema de beneficios. Después de que usted y sus dependientes alcancen el deducible para gastos médicos principales durante un año, cualquier cargo que exceda esta cantidad máxima se pagará como beneficio médico principal.

Las consultas médicas ambulatorias de *Telehealth* y otros cuidados a distancia se cubrirán de la misma manera que las consultas médicas ambulatorias realizadas en su domicilio o en la oficina del proveedor..

No se pagará ningún beneficio en virtud de esta sección por servicios o tratamientos odontológicos, exámenes oftalmológicos, adaptación de gafas, radiografías diagnósticas o consultas de un cirujano en la fecha de la intervención quirúrgica o después de ésta.

BENEFICIO DE EXAMEN FÍSICO ANUAL

El Plan paga los gastos usuales, habituales y razonables que tenga en relación con un examen médico de rutina para usted o sus dependientes en cualquier año civil, con fines preventivos o administrativos hasta las cantidades máximas que se indican en el Esquema de beneficios. (Algunos exámenes físicos anuales están cubiertos hasta el 100% del UCR en virtud del beneficio de servicios preventivos. Ver a continuación). Un examen administrativo está cubierto si se realiza con fines tales como exámenes estudiantiles, exámenes deportivos, exámenes en campamentos de verano, exámenes escolares, exámenes para el carné de conducir. Las pruebas diagnósticas de laboratorio y las

radiografías relacionadas también están cubiertas por este beneficio. Un examen está cubierto si no está relacionado con una lesión o enfermedad específica, o si no está relacionado con el trabajo. Los exámenes físicos en un hospital no están cubiertos por este beneficio. El examen de una persona dependiente durante los primeros 24 meses de vida tampoco está cubierto por este beneficio. Los exámenes durante los primeros 24 meses de vida de su dependiente están cubiertos por el beneficio de niño sano del Plan, tal y como se describe en este folleto.

BENEFICIO DE SERVICIOS PREVENTIVOS

(a) En general

El Plan cubre los servicios y suministros preventivos en forma de exámenes físicos periódicos, pruebas de detección de rutina, vacunas y otros beneficios en la medida en que lo exija la legislación aplicable. Estos servicios no están sujetos al deducible del Plan y son pagados en su totalidad por éste (**cobertura del 100%**) cuando se prestan dentro de la red o hasta el 100% del cargo usual, habitual y razonable cuando se prestan fuera de la red.

El Plan se adhiere a ciertas directrices federales a la hora de determinar los servicios o tratamientos preventivos que cubrirá. En la medida en que no esté indicado en las directrices, el Plan puede imponer normas razonables y reconocidas u otros límites con respecto al número de consultas o tratamientos que cubrirá en un periodo de tiempo determinado para un servicio preventivo concreto. En la medida en que dichos límites u otras normas sean incoherentes con la legislación aplicable o las directrices, prevalecerán la legislación aplicable o las directrices.

Los tipos de servicios preventivos que cubre el Plan se describen a continuación:

- (1) Artículos o servicios basados en la evidencia que tienen en vigor un índice de A o B en las recomendaciones actuales del United States Preventive Services Task Force (Cuerpo Especial) con respecto al individuo implicado.
- (2) Inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Comité Asesor) con respecto al individuo implicado. Se considera que una recomendación del Comité Asesor está "en vigor" después de que haya sido adoptada por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Se considera que una recomendación es de uso rutinario si aparece en los calendarios de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- (3) Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva y las pruebas de detección basadas en pruebas y previstas en las directrices integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (HRSA).
- (4) Con respecto a las mujeres, los cuidados preventivos y las revisiones previstas en las directrices integrales respaldadas por la HRSA (no abordadas de otro modo por las recomendaciones del Cuerpo Especial), que se conocerán comúnmente como Servicios Preventivos para la Mujer de la HRSA: Directrices de cobertura del plan médico requerido.

Podrá encontrar una lista completa de los servicios preventivos disponibles en el siguiente sitio web: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/

Los servicios preventivos cuya cobertura exige la ley se actualizan cada cierto tiempo y se considerarán incorporados al Plan por referencia. Cualquier cambio o actualización de los tipos de servicios preventivos exigidos por la ley entrará en vigor con respecto a los beneficios proporcionados por el Plan el primer día del Año del Plan que comience a partir de un año después de la fecha en que se produzca el cambio o la actualización.

Nota importante: En la medida en que la lista exhaustiva mencionada anteriormente sea incoherente con la ley aplicable o con las directrices sobre servicios preventivos, prevalecerá dicha ley o directrices aplicables.

(b) Prácticas de facturación de servicios preventivos

Se aplicarán las siguientes normas con respecto al cobro de las consultas en el consultorio médico que incluyan servicios preventivos cubiertos:

- (1) Si un servicio preventivo se factura por separado (o se hace un seguimiento por separado) de una consulta en el consultorio, este Plan impondrá las estipulaciones aplicables de compartición de costos con respecto a la consulta en el consultorio, pero no para el servicio preventivo;
- (2) Si un servicio preventivo no se factura por separado (o no se hace un seguimiento por separado) de una consulta en el consultorio, y el objetivo principal de la consulta en el consultorio es la entrega del servicio preventivo, entonces el Plan no impondrá las estipulaciones aplicables de compartición de costos con respecto a la consulta en el consultorio; y
- (3) Si un servicio preventivo no se factura por separado (o no se hace un seguimiento por separado) de una consulta en la

oficina, y el propósito principal de la consulta en la oficina no es la entrega del servicio preventivo, entonces el Plan impondrá las estipulaciones de compartición de costos aplicables con respecto a la consulta en el consultorio.

(c) Información adicional sobre los servicios preventivos

También debe tener en cuenta las siguientes restricciones y otras condiciones relacionadas con los servicios preventivos:

- (1) Los servicios preventivos deben facturarse correctamente con los códigos de servicios adecuados.
- (2) Los servicios preventivos pueden estar sujetos a técnicas y niveles razonables de administración de los costos médicos (por ejemplo, tratamiento, entorno, frecuencia y normas de gerencia médica) que impongan y modifiquen los Fideicomisarios cada cierto tiempo.
- (3) Los servicios preventivos pueden no estar cubiertos dependiendo del servicio en cuestión y de la presencia de diversos factores de riesgo.
- (4) Los servicios preventivos incurridos por razones no médicas (por ejemplo, para mantener una licencia o un empleo, como parte de un procedimiento judicial o administrativo, un requisito previo para viajar o con fines educativos) no están cubiertos por el plan.
- (5) Un servicio que se preste para controlar o tratar una afección existente y no como servicio preventivo estará cubierto en la medida en que lo esté de otro modo por el Plan y estará sujeto a las estipulaciones de compartición de costos aplicables del Plan.

VACUNA CONTRA LA CULEBRILLA (HERPES ZOSTER)

La vacuna Shingrix contra la culebrilla (una sola vez, dos dosis) está cubierta para todos los participantes elegibles y sus dependientes de 50 años o más, según lo recomendado por el Centro para el Control de Enfermedades. Una vacuna Zostavax contra el herpes zóster (una sola vez, una dosis) está cubierta para todos los participantes elegibles y sus dependientes de 60 años o más según lo recomendado por el Centro de Control de Enfermedades. Por lo general, sólo se cubrirá una vacuna contra el herpes zóster (ya sea Zostavax o Shingrix) para cada participante o dependiente elegible; sin embargo, si un participante o dependiente elegible recibió una vacuna contra el herpes zóster Zostavax antes del 11 de septiembre de 2018, podrá recibir a partir de entonces una vacuna contra el herpes zóster Shingrix (una sola vez, dos dosis). La vacuna estará cubierta bajo todos los métodos de entrega, lo

que significa que puede obtener la vacuna utilizando su tarjeta de medicamentos recetados de Caremark y hacer que se la administre su médico o puede obtener la vacuna en la oficina de su médico, clínica u otro centro que proporcione esta vacuna.

BENEFICIO DE LOS CENTROS DE SALUD Y BIENESTAR

El Plan paga el 100% de los gastos médicos y de medicamentos recetados en los que incurra mientras utilice los Centros de Salud y Bienestar del Fondo Médico de UA Plumbers Local 5. Los centros de bienestar proporcionan atención primaria, atención preventiva, gestión de enfermedades crónicas y beneficios limitados de medicamentos recetados sin costo alguno para los empleados cubiertos, jubilados y sus dependientes cubierto.

Los Centros de Salud y Bienestar del Fondo Médico de UA Plumbers Local 5 están ubicados en:

**4755 Walden Lane
Lanham, MD 20706
(240) 436-2840**

**4475 Regency Place, Suite 206
White Plains, MD 20695
(301) 476-0181**

Todos los Empleados pasan a ser elegibles para utilizar los Centros de Bienestar el primer día del mes siguiente a haber completado al menos 125 horas de trabajo en un empleo cubierto por el que el Fondo reciba cotizaciones. Los nombres de los nuevos empleados cubiertos por estas estipulaciones deben recibirse en la oficina del Fondo antes del primer día del primer mes de elegibilidad para utilizar los Centros de Bienestar. Se recomienda a los empleados que notifiquen al Fondo cuando hayan trabajado 125 horas en un empleo cubierto. Cuando un empleado adquiere la elegibilidad para utilizar los centros de bienestar, sus dependientes cubiertos también pasan a ser elegibles.

El empleado continuará siendo elegible para utilizar los centros de bienestar mientras siga siendo elegible para la cobertura del plan, ya sea como empleado de un grupo recientemente organizado o según las normas de elegibilidad ordinarias. Si un empleado no es empleado de un grupo recientemente organizado y no reúne los requisitos generales de elegibilidad según las normas de elegibilidad regular, dejará de ser elegible para utilizar los servicios de los centros de bienestar de conformidad con las normas de cobertura continuada indicadas en la página 25.

Una persona será elegible para recibir servicios limitados en los Centros de Bienestar antes de completar al menos 125 horas de trabajo en un empleo cubierto si dicha persona ha sido aceptada condicionalmente en el Plumbers & Gasfitters Local 5 Apprenticeship Program con dicha aceptación condicionada a la finalización exitosa de una prueba de

drogas y un examen físico. Dicho individuo será elegible para recibir i) un examen físico, ii) una prueba de drogas y iii) una vacuna contra la gripe en o a través de los Centros de Bienestar sin costo alguno para el individuo.

Para obtener información sobre el Centro de Bienestar, tal como el horario de funcionamiento, consulte
<https://local5plumbers.org/wellness-center.aspx> o llame al (240) 436-2840 (Lanham) o al (301) 476-0181 (White Plains).

BENEFICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES O NERVIOSOS

Un trastorno mental o nervioso es una enfermedad o trastorno mental, emocional o del comportamiento, tal y como se define en la edición más reciente del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, pero no incluye un trastorno por consumo de sustancias que, de otro modo, quedaría excluido de la cobertura del Plan. El Plan cubre el tratamiento de los trastornos mentales y nerviosos, incluidos, entre otros, los siguientes servicios profesionales de salud mental médica necesarios:

Servicios ambulatorios:

- Terapia
- Manejo de medicamentos
- Servicios ambulatorios intensivos y tratamiento diurno
- Servicios de hospitalización parcial en un hospital autorizado

Servicios de hospitalización:

- Hospitalización
- Tratamiento residencial psiquiátrico y tratamiento residencial para trastornos alimentarios

En términos generales, el tratamiento de los trastornos mentales y nerviosos está cubierto por el Plan de la misma manera que el tratamiento de otras afecciones médicas cubiertas por el Plan. Más concretamente, el tratamiento en régimen de hospitalización de un trastorno mental o nervioso está cubierto por la prestación de gastos hospitalarios, con los costos que excedan de lo permitido cubiertos como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos) y pagados al 80% para la atención dentro de la red y al 60% para la atención fuera de la red (una vez que se haya pagado el deducible).

Las consultas externas en la oficina para el tratamiento de trastornos mentales y nerviosos están cubiertas de la misma manera que las consultas externas al médico y se pagan al 100% los primeros \$100 por consulta, hasta \$1,500 al año, y el Exceso se paga al 80% para la

atención dentro de la red y al 60% para la atención fuera de la red, como un beneficio médico principal. Otros tratamientos ambulatorios para trastornos mentales o nerviosos están cubiertos como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos) y se pagan al 80% para la atención dentro de la red y al 60% para la atención fuera de la red (una vez que se haya pagado el deducible). La atención de urgencia por un trastorno mental o nervioso está cubierta por la prestación médica de urgencia, con los costos que excedan de lo permitido cubiertos como prestación médica principal (incluidos todos los gastos cubiertos) y pagados al 80% para la atención dentro o fuera de la red (una vez que se haya alcanzado el deducible dentro de la red).

Tal y como se indica en este Plan, éste no cubre el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, excepto determinados servicios preventivos sin reparto de costos, que incluyen la detección del consumo indebido de alcohol y el asesoramiento, la detección de la depresión y la detección del consumo de tabaco. Además, el Plan cubre el tratamiento de los trastornos mentales o nerviosos cuando la necesidad de dicho tratamiento haya sido causada o empeorada por un trastorno por consumo de sustancias.

BENEFICIOS MÉDICOS PRINCIPALES

La siguiente sección describe los beneficios médicos principales disponibles para los empleados cubiertos, los jubilados no elegibles a Medicare y sus dependientes. Si usted es un jubilado elegible para Medicare, consulte el Resumen de Beneficios de Humana para obtener una descripción de los beneficios médicos disponibles para usted.

Los beneficios médicos principales se pagan únicamente por los gastos de hospital, laboratorio de diagnóstico y radiografías, consulta externa a un proveedor o examen físico que excedan las cantidades máximas pagaderas según las estipulaciones de los beneficios básicos contenidas en cualquiera de las otras secciones de este Plan. No se pagarán beneficios por las cantidades que superen el cargo máximo permitido por el plan o el cargo usual, habitual y razonable por un servicio determinado.

Con respecto a la atención recibida de proveedores de la red, después de que se alcance el deducible anual, el Plan paga el 80% de los gastos cubiertos. Usted es responsable de pagar el 20% restante. Con respecto a la atención recibida de proveedores fuera de la red, después del deducible anual, el Plan paga el 60% de los gastos cubiertos. Usted es responsable de pagar el 40% restante. Sin embargo, si recibió atención de un proveedor fuera de la red en un centro de la red, servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red o servicios de ambulancia aérea fuera de la red, el Plan paga el índice de fuera de la red y usted es responsable de pagar el 20% de la cantidad reconocida. Asimismo, sólo será responsable de pagar el 20% de la cantidad reconocida si la base de datos de proveedores del Fondo indica erróneamente que un proveedor fuera de la red es un proveedor dentro de la red. No obstante, en algunas circunstancias, un proveedor puede cobrarle una cantidad adicional por los servicios fuera de la red descritos anteriormente si usted ha dado su consentimiento por escrito al proveedor.

Este deducible se aplica por separado a cada persona de su familia que esté cubierta por este Plan. No obstante, la cantidad máxima deducible que puede aplicarse a toda su familia en un año civil se indica en el Esquema de beneficios. Los beneficios médicos principales están incluidos en esta cantidad deducible máxima, pero no así los beneficios básicos y quirúrgicos.

Máximo de gastos médicos de desembolso directo

Una vez que sus copagos y otros gastos admisibles que haya abonado por gastos médicos cubiertos en un año civil igualen el máximo de gastos médicos de su bolsillo que aparece en el Esquema de beneficios, sus reclamaciones de beneficios médicos cubiertos se pagarán al 100%

de los gastos habituales y razonables (“UCR”, por sus siglas en inglés) durante el resto del año civil. Este máximo de desembolso directo por gastos médicos es independiente del máximo de desembolso directo por medicamentos recetados, y sólo se tendrán en cuenta para el máximo de desembolso directo por gastos médicos cubiertos sus copagos y otros cargos elegibles abonados por gastos médicos cubiertos.

Además del desembolso directo máximo individual, existe un desembolso directo máximo familiar que se aplica en el caso de un empleado con uno o más dependientes elegibles.

Como se indica en el Esquema de beneficios, el plan tiene dos límites máximos de gastos de bolsillo distintos, uno para los gastos incurridos con respecto a la atención dentro de la red y otro para los gastos incurridos con respecto a la atención fuera de la red. Los gastos pagados por atención fuera de la red no pueden aplicarse al máximo de gastos directos dentro de la red. Asimismo, los gastos pagados por la atención dentro de la red no pueden aplicarse al máximo de gastos directos fuera de la red. La única excepción a estas normas es que los gastos cubiertos por servicios de emergencia prestados por un proveedor o centro fuera de la red, la atención prestada por un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red y los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se aplicarán al máximo de gastos de desembolso directo dentro de la red.

A efectos del desembolso directo máximo, se combinará lo siguiente: Los beneficios médicos principales, los beneficios quirúrgicos (sólo en centros quirúrgicos ambulatorios), el tratamiento mental o nervioso, el beneficio de servicio de rehabilitación para pacientes hospitalizados, el beneficio de atención médica no institucional, el beneficio de centro de enfermería especializada y el beneficio de trasplante de órganos y tejidos.

Atención médica principal cubierta

La atención médica mayor cubierta incluye los cargos usuales, habituales y razonables por los siguientes servicios, suministros y tratamientos médicos necesarios:

- Cuarto y comida en el hospital, emergencias médicas y cargos varios que excedan las cantidades máximas pagaderas bajo cualquier otra sección de este Plan. Si se utiliza alojamiento privado, no se tendrán en cuenta las cantidades que superen el índice diario del Hospital para un cuarto semiprivado, salvo que su proveedor lo ordene por razones médicas válidas;
- Los cargos usuales, habituales y razonables de un proveedor, incluidos los cargos por visitas a domicilio, consultas en la oficina y visitas de telesalud y otros cuidados a distancia;

- Los servicios de una enfermera diplomada titulada que no sea una enfermera que resida habitualmente en su domicilio o que sea miembro de su familia o de la de su cónyuge;
- Los gastos de trasplante de órganos tal y como se definen en este folleto;
- Servicios de diagnóstico (como exámenes de laboratorio y radiografías);
- Radiografías, radioterapia o terapia con isótopos radioactivos y quimioterapia;
- Transfusiones de sangre (sin incluir el plasma sanguíneo) y diálisis renal;
- Inyecciones e inmunizaciones;
- Anestésicos y oxígeno, y su administración;
- Yesos, férulas, bragueros, muletas y aparatos ortopédicos para piernas, brazos, cuello y espalda, pero no sustitución, ajuste o reparación de aparatos ortopédicos salvo que la sustitución sea necesaria debido al crecimiento de un niño;
- La primera prótesis mamaria interna (implante) o la primera prótesis mamaria externa y el primer sujetador para uso con prótesis externa tras una mastectomía. No se pagarán prótesis mamarias internas adicionales, sujetadores, inyecciones de silicona u otras sustancias ni ningún gasto relacionado con los mismos. Los reemplazos de prótesis mamarias externas son gastos cubiertos, pero con una frecuencia no superior a una vez cada tres (3) años.
- El alquiler (o la compra, si la compra es menos costosa que el alquiler) de una silla de ruedas, un pulmón de acero, una cama de hospital u otro equipo médico o quirúrgico duradero (para todos estos equipos, el Fondo sólo paga el valor de la alternativa menos costosa); y dentro de un plazo razonable, el mantenimiento y la sustitución del equipo médico duradero cubierto.
- Hasta 26 sesiones cada una de terapia visual o del habla en un año civil, según se determine que es médicaamente necesario para lograr el máximo potencial restaurador si lo autoriza un proveedor y lo realiza un terapeuta licenciado y capacitado;
- Hasta 52 sesiones de fisioterapia en un año civil por lesión, afección, diagnóstico o procedimiento, según se determine que es médicaamente necesario para lograr el máximo potencial reconstituyente si lo autoriza un Proveedor y lo realiza un terapeuta licenciado y capacitado;
- Servicio profesional de ambulancia, pero sólo cuando se utilice para el transporte de emergencia del paciente hacia o desde el hospital más cercano equipado para proporcionar la atención médica necesaria;
- Extremidades, ojos y laringe artificiales, los lentes de contacto

- necesarios debido a una operación de cataratas;
- Cuidados de rutina en la guardería de un recién nacido;
- Un examen físico en cada año civil (después de que se haya efectuado el pago conforme al beneficio de examen físico descrito más adelante en este folleto);
- Hasta 12 consultas al año con un proveedor autorizado para prestar servicios quiroprácticos;
- Los cargos por consultas externas al proveedor que superen la cantidad máxima pagadera según las estipulaciones básicas del beneficio como beneficio por consulta externa al proveedor;
- Pelucas en caso de pérdida de cabello debida a la quimioterapia, sin superar un máximo de \$200; y
- Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies cuando se receten a un niño por una afección médica.

Gastos no cubiertos bajo atención médica principal

Los beneficios médicos principales no se pagan por:

- Servicios de un dentista en relación con la atención odontológica;
- Aparatos y accesorios protésicos dentales (salvo que sean necesarios a causa de una lesión en sus dientes naturales);
- Refracción ocular, gafas o lentes de contacto (salvo que se requieran médicaamente como consecuencia de una lesión);
- Calzado ortopédico o dispositivos complementarios, salvo cuando se receten a un niño por un problema médico;
- Medicamentos recetados, salvo que la persona haya alcanzado su beneficio máximo anual por medicamentos recetados; Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) en adultos de 19 años o mayores;
- Cuidados paliativos;
- Terapia física, del habla o de la vista proporcionada después de que se haya alcanzado el máximo funcionamiento restaurativo;
- Cuidados dentales o de la vista;;
- Servicios de enfermería u otros cuidados médicos prestados por una persona que resida habitualmente en el domicilio o sea una persona allegada;
- Atención a pacientes hospitalizados fuera de un hospital;
- Atención médica a domicilio;
- Servicios quirúrgicos;
- Beneficios por fallecimiento;
- Beneficios por desmembramiento accidental o pérdida de visión;
- Beneficios semanales por accidente y enfermedad;
- Beneficios suplementarios por accidente laboral;
- Subsidio de reembolso médico;
- Sustitución, ajuste o reparación de aparatos ortopédicos,

- calzado ortopédico u otro dispositivo de apoyo para los pies, excepto en caso de sustitución debida al crecimiento de un hijo dependiente;
- Spinraza.

No se pagará ningún beneficio en virtud de esta sección hasta que usted y sus dependientes alcancen el deducible de gastos médicos mayores del año.

COBERTURA DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS

Se proporciona cobertura para determinados trasplantes de órganos/tejidos en virtud del beneficio médico principal sujeto a los copagos y deducibles del beneficio médico principal. **Una vez que la oficina del Fondo reciba la autorización previa por escrito (página 87)**, podrá recibir la cobertura de los gastos médicos relacionados con el trasplante de órganos/tejidos si American Health Holdings (AHH) determina que el trasplante es médicalemente necesario y no tiene carácter experimental o de investigación.

Si tanto el donante como el receptor están cubiertos por el Plan, se pagarán tanto los gastos del donante como los del receptor. Si el donante no está cubierto por el Plan, pero el receptor sí, y si el donante no tiene otra cobertura para el trasplante, se pagarán tanto los gastos del donante como los del receptor. Si el donante no está cubierto por el Plan, pero tiene una cobertura alternativa para el trasplante, y el receptor sí lo está, los gastos del donante no se pagarán en virtud de este Plan. Si el receptor no está cubierto por el Plan, ni los gastos del donante ni los del receptor se pagarán en virtud de este Plan.

OTROS BENEFICIOS

La siguiente sección describe otros beneficios disponibles para empleados cubiertos, jubilados no elegibles a Medicare y sus dependientes. Si usted es un jubilado elegible para Medicare, consulte el Resumen de beneficios de Humana para obtener una descripción de los beneficios médicos disponibles para usted.

BENEFICIO DE ATENCIÓN AL BEBÉ SANO

Se pagarán beneficios por hasta diez (10) consultas de rutina para el cuidado del bebé sano durante los primeros 24 meses de vida. Estas diez (10) consultas estarán cubiertas al 100% del cargo usual, habitual y razonable. El examen del niño sano consiste en una revisión médica de rutina (no diagnóstica) de una persona dependiente, realizada por un proveedor, y las pruebas de laboratorio y radiografías diagnósticas relacionadas. Tenga en cuenta que una vez que el niño haya cumplido 2 años, la prestación por examen físico proporcionará cobertura para un examen médico rutinario por año civil hasta los máximos indicados en el Esquema de beneficios.

Limitaciones:

No se pagará ningún beneficio de examen médico del niño sano por:

- Más de diez (10) exámenes físicos durante los primeros 24 meses de vida por cualquier motivo;
- Un examen en relación con cualquier enfermedad o lesión; o
- Un examen físico en un hospital.

No obstante, dichos exámenes pueden estar cubiertos de otro modo por el Plan, como por ejemplo en el beneficio médico principal.

APARATOS AUDITIVOS

El Fondo proporciona cobertura para cualquier reclamación y los cargos de los aparatos auditivos, limitada a un máximo por persona para todos los servicios cubiertos cada tres años de \$2,000. Si no ha utilizado la cantidad máxima, el saldo podrá utilizarse para reparaciones y pilas.

A través de una asociación con VSP y Tru Hearing, los participantes que compren audífonos a un proveedor que participe con Tru Hearing recibirán un descuento en la compra de su equipo de aparatos auditivos.

CAPACITACIÓN EN AUTOCONTROL DE DIABETES

El Fondo proporciona cobertura para la **capacitación en autocontrol de la diabetes** de un programa certificado de educación para el autocontrol de la diabetes conforme a una receta escrita por su proveedor de atención

médica. Una persona será elegible para dicha cobertura si, en los últimos doce meses:

- al paciente se le diagnosticó diabetes por primera vez; O
- el tratamiento del paciente cambió de no tomar medicación para la diabetes a tomar medicación para la diabetes, o de tomar medicación oral para la diabetes a tomar insulina inyectable; O
- el paciente ha sido hospitalizado o tratado en urgencias por complicaciones relacionadas con la diabetes; O
- el paciente ha desarrollado o se ha determinado que corre el riesgo de desarrollar una o más de las siguientes afecciones como complicación de la diabetes: problemas para controlar el azúcar en sangre, problemas en los pies, problemas oculares o problemas renales.

El paciente debe recibir 10 horas de instrucción a lo largo de un periodo de 12 meses y 2 horas adicionales de capacitación en cada año posterior. Cada año de capacitación requiere una receta de un proveedor de atención médica.

COBERTURA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Un centro de enfermería especializada es una institución certificada por Medicare (o una parte diferenciada de una institución) que se dedica principalmente a proporcionar cuidados de enfermería especializada y servicios relacionados a pacientes que requieren cuidados médicos o de enfermería, o servicios de rehabilitación para la rehabilitación de personas lesionadas, incapacitadas o enfermas, está debidamente autorizada y proporciona cuidados de enfermería especializada las 24 horas del día por enfermeras tituladas (R.N.) o terapeutas tituladas y capacitadas, que actúan dentro del ámbito de sus licencias.

Este Plan no cubrirá ningún servicio prestado en un centro de enfermería especializada excepto:

- como alternativa a la hospitalización en un centro de cuidados intensivos;
- como parte de la continuación de los cuidados para el tratamiento de la enfermedad, lesión o afecciones que requirieron la hospitalización previa;
- tras la recepción por parte de la oficina del Fondo de una autorización previa por escrito (véase la página 87); o bien
- los servicios prestados a una persona cubierta antes de que alcance el máximo potencial de recuperación.

La cobertura se limita a un máximo de por vida de 100 días de cuidados post-hospitalarios en un centro de enfermería especializada, tal y como se define anteriormente, con una asignación diaria proporcionada hasta la cantidad indicada en el Esquema de beneficios. Los cargos cubiertos

que excedan el subsidio diario se pagan en virtud del beneficio médico principal.

BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los beneficios de cuidados paliativos se proporcionan a los participantes elegibles a los que se les ha diagnosticado que están llegando a las etapas finales (últimos seis meses) de una enfermedad terminal, como una alternativa más humana a los enfoques de tratamiento tradicionales. **Los beneficios de cuidados paliativos están cubiertos si se proporcionan conforme a un programa de tratamiento por escrito establecido por un centro de cuidados paliativos certificado y autorizado y tras la recepción por parte de la oficina del Fondo de una autorización previa por escrito (página 87).** El Plan proporciona amplios beneficios de cuidados paliativos que incluyen servicios de atención médica a domicilio, terapias físicas y respiratorias, servicios de un proveedor autorizado para prestar servicios de atención médica a domicilio o de enfermería, asesoramiento nutricional, servicios de asesoramiento (hasta seis consultas) por parte de un trabajador social certificado y hasta 5 días de descanso. Una vez adoptado un plan de tratamiento de cuidados paliativos, el Plan sólo tendrá en cuenta para el pago los servicios prestados conforme a dicho plan. El beneficio a pagar no excederá los cargos reales o, si es menor, el cargo usual, habitual y razonable por los gastos cubiertos, hasta el máximo indicado en el Esquema de beneficios.

El periodo de los beneficios de cuidados paliativos será de 180 días, pero podrá ser prolongado por los Fideicomisarios sujeto a revisión médica.

No se pagarán los beneficios de cuidados paliativos por los cuidados que usted o sus dependientes reciban de un voluntario, de cualquier persona que normalmente no cobre por sus servicios, por servicios que podría haber realizado un miembro de su hogar o por cuidados que no estén autorizados previamente por el Fondo.

BENEFICIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Los beneficios de rehabilitación están cubiertos para los participantes en el Plan que ya no necesitan el nivel de servicios proporcionado en un centro de cuidados agudos (hospital), pero que siguen necesitando fisioterapia intensiva. Una vez que la oficina del Fondo reciba la autorización previa por escrito (página 87), los participantes que necesiten servicios de rehabilitación a corto plazo (diez semanas o menos) podrán recibirlas de un fisioterapeuta certificado y autorizado en un centro de rehabilitación autorizado, de cuidados prolongados o de enfermería especializada, como alternativa a la internación en un hospital.

En esta sección del Plan no se proporcionan beneficios para:

- servicios de terapia prestados por cualquier persona que no sea un proveedor autorizado para prestar servicios psiquiátricos o de fisioterapia; o
- servicios prestados después de que el paciente haya alcanzado su máximo potencial rehabilitador..

Además, este Plan no cubrirá ningún servicio de rehabilitación excepto:

1. como alternativa a la hospitalización en un centro de cuidados intensivos;
2. como parte de la continuación de los cuidados para el tratamiento de la enfermedad, lesión o afecciones que requirieron la hospitalización previa; y
3. al recibir la oficina del Fondo una autorización previa por escrito (página 87).

La cobertura se limita a un máximo de 10 semanas de cuidados de rehabilitación post-hospitalaria por enfermedad, lesión o afección, con un subsidio diario proporcionado hasta la cantidad indicada en el Esquema de beneficios. Los cargos cubiertos que excedan el subsidio diario se pagan en virtud del beneficio médico principal.

BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA NO INSTITUCIONAL

Además de los beneficios descritos anteriormente, el Plan también proporciona cobertura para los beneficios médicos no institucionales diseñados para recomendar a los participantes que utilicen alternativas menos costosas a la hospitalización. La cantidad máxima pagadera se indica en el Esquema de beneficios, sujeta al deducible médico principal.

Los beneficios médicos no institucionales incluyen:

- servicios médicos especializados;
- cuidados de enfermería continuos, activos y especializados, como cambios de vendajes, inyecciones y control de las constantes vitales;
- terapia física, respiratoria o de inhalación;
- consultas de un trabajador social licenciado;
- medicamentos con receta;
- suministros médicos y otros cargos que se habrían pagado si usted o sus dependientes hubieran estado hospitalizados, hasta el número máximo de días y la cantidad que se indican en el Esquema de beneficios.

Los servicios de cuidados de enfermería y la terapia sólo están cubiertos si los presta un proveedor autorizado para prestar dichos servicios.

Para recibir este beneficio, su proveedor debe certificar por escrito que usted o sus dependientes están bajo su cuidado continuo y, sin el cuidado no institucional, usted debe ser hospitalizado o internado en un centro de enfermería especializada. La agencia de la que vaya a recibir los servicios deberá presentar un plan de tratamiento detallado por escrito en el que se indique la necesidad de dichos servicios.

Este beneficio puede prolongarse hasta 30 días civiles adicionales si su proveedor presenta un plan de tratamiento actualizado, detallado y por escrito que indique la necesidad de los días adicionales y es aprobado antes de que se presten los servicios. Como ocurre con todos los beneficios de atención médica no institucional del Plan, no se pagará ningún beneficio por los gastos en los que se incurra antes de que el Plan haya dado su autorización.

Los beneficios de atención médica no institucional no se pagan salvo que la oficina del Fondo reciba una autorización previa por escrito y la atención comience dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la autorización. Además, los servicios deben ser prestados en su domicilio, por una persona que no sea familiar suyo y que no resida normalmente en su domicilio, y de conformidad con un plan escrito presentado por una agencia de asistencia médica a domicilio certificada por Medicare. Además, no se pagarán beneficios por:

- servicios de atención no institucional si no se obtiene del Plan la autorización previa para dichos servicios;
- servicios de enfermería o servicios de un asistente sanitario a domicilio que excedan las 12 horas diarias;
- cuidados de enfermería especializados en exceso de 8 horas al día;
- más de dos consultas de un trabajador social autorizado, excepto en el caso de los servicios ambulatorios de salud mental;
- servicios prestados por alguien que viva normalmente en su domicilio o por un miembro de su familia;
- cuidados rutinarios de maternidad;;
- servicios de limpieza (como la preparación de comidas, el cuidado de niños y la actuación como acompañante);
- consultas de su proveedor;
- atención intermitente de un estado estable, o una evaluación médica inicial utilizada para establecer la viabilidad de un plan de atención médica no institucional;
- cuidados de custodia;
- seguimiento rutinario de una afección médica o una evaluación médica inicial; o

- servicios prestados fuera de la residencia de la persona cubierta.

Autorización previa necesaria para determinados beneficios

El Plan requiere que usted obtenga autorización previa antes de obtener ciertos beneficios, incluyendo, pero no limitado a, beneficios de trasplante de órganos/tejidos, beneficios de centros de enfermería especializada, beneficios de cuidados paliativos, beneficios de servicios de rehabilitación, beneficios de atención médica no institucional, beneficios de cirugía bariátrica y atención hospitalaria para tratamiento médico o de salud mental. American Health Holding, Inc. (AHH) revisa todas las reclamaciones médicas y de salud mental que requieren autorización previa. Cuando se requiera autorización previa, usted o su proveedor deberán ponerse en contacto con AHH llamando al (800) 641-5566. No se requiere autorización previa en relación con los servicios de emergencia.

Si usted o las personas a su cargo no cumplen con los requisitos de certificación previa o autorización previa establecidos por la Mesa Directiva para garantizar que la atención que se brinda es adecuada y necesaria, es posible que no se paguen los beneficios pagados bajo este Plan.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

La siguiente sección describe los beneficios de medicamentos recetados disponibles para los empleados cubiertos, jubilados no elegibles a Medicare y sus dependientes. Si usted es un jubilado elegible para Medicare, consulte el Resumen de beneficios de Humana para obtener una descripción de los beneficios de medicamentos recetados disponibles para usted.

Farmacia

El Plan paga ciertos medicamentos recetados por su proveedor asistente, después de que usted abone el copago que se indica en el Esquema de beneficios y que se describe con más detalle a continuación. Este copago deberá pagarse por cada receta o reabastecimiento que reciba. Este beneficio de medicamentos recetados está administrado por Express Scripts, Inc.

Por lo general, cada receta o reabastecimiento surtido en una farmacia minorista le da derecho a un suministro para 30 días, pero en ningún caso para más de 34 días. Sin embargo, puede surtir hasta un suministro de 90 días a través de la Farmacia de Entrega a Domicilio de Express Scripts o a través de una Farmacia CVS participante.

Los medicamentos recetados cubiertos son medicamentos médica mente necesarios que no pueden dispensarse legalmente sin receta

("medicamentos con inscripción"), incluida la insulina inyectable, u otros medicamentos controlados por el estado que, por ley, deben ser recetados por un Proveedor. El Plan cubre el costo de los medicamentos recetados para los Trastornos Mentales o Nerviosos como cualquier otro medicamento recetado (salvo los medicamentos recetados para el tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias, que están excluidos en este Plan).

Los medicamentos con receta cubiertos también incluyen los medicamentos compuestos, de los cuales al menos un ingrediente es un medicamento con receta en una cantidad terapéutica que requiere receta, siempre que el medicamento con receta esté cubierto de otro modo por este beneficio.

Si usted o sus dependientes surten o reabastecen una receta en una farmacia que tenga un acuerdo con Express Scripts (farmacia de la red), el Plan pagará el costo total de la receta o del reabastecimiento (menos el copago). La Red Nacional de Express Scripts contiene más de 64,000 farmacias minoristas, entre cadenas nacionales y farmacias independientes.

Si usted o sus dependientes surten o reabastecen una receta en una farmacia que no tiene acuerdo con Express Scripts (farmacia fuera de la red), deberán pagar el costo total de la receta o reabastecimiento. El Plan le reembolsará el Exceso sobre la cantidad del copago hasta la cantidad en la que habría ocurrido si hubiera obtenido la receta en una farmacia que sí tiene un acuerdo con Express Scripts, si presenta un formulario en la oficina del Fondo solicitando el reembolso.

A los participantes que tomen medicamentos de mantenimiento se les permitirán tres (3) "surtidos" de la receta a nivel minorista. Todos los "surtidos" adicionales deberán obtenerse a través de la farmacia de entrega a domicilio de Express Scripts o a través de una farmacia CVS. "Medicamentos de mantenimiento" son medicamentos que se recetan durante un periodo prolongado para una afección de larga duración. Algunos ejemplos son los medicamentos utilizados para tratar la hipertensión, la diabetes y la artritis.

Si surte su receta a través de una farmacia de una agencia federal (como el centro de dispensación de Asuntos de Veteranos o del Departamento de Defensa) que le exige obtener un suministro que excede el límite permitido para los suministros al por menor (por ejemplo, un suministro para 90 días) como condición para surtir su receta, se le cobrará el copago aplicable al medicamento por cada suministro para 30 días. Así, por ejemplo, si surte su receta en la farmacia del VA y se le exige que obtenga un suministro para 90 días, no pagará más de tres copagos al por menor.

Autorización previa

El Fondo sólo proporcionará cobertura para determinados medicamentos recetados si el proveedor que los receta obtiene una autorización previa de Express Scripts. Para determinar si se necesita una autorización previa para un medicamento concreto o para iniciar el procedimiento de autorización previa, su proveedor debe ponerse en contacto con Express Scripts llamando al 1-800-753-2851.

Farmacia de entrega a domicilio/Farmacia CVS para suministro de 90 días

Usted y sus dependientes pueden recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento a través de la Farmacia de Entrega a Domicilio de Express Scripts (por un copago) o de una farmacia CVS. Como se indicó anteriormente, la Farmacia de Entrega a Domicilio de Express Scripts o la farmacia CVS deben utilizarse después de tres “surtidos” de un medicamento de mantenimiento a nivel minorista. Los copagos se indican en el Esquema de beneficios y se describen con más detalle a continuación. Para obtener más información sobre cómo surtir su receta a través de la Farmacia de Entrega a Domicilio, visite express-scripts.com o póngase en contacto con Servicios para miembros de Express Scripts llamando al 800-817-8082.

Programa de Especialidades Exclusivas de Express Scripts/Accredo

Los medicamentos especializados son medicamentos, incluidos los de infusión o inyectables, que suelen requerir una estrecha vigilancia y un almacenamiento especial. Los medicamentos especializados suelen recetarse a personas con una afección médica continua o compleja.

El Programa Exclusivo de Especialidades de Express Scripts está diseñado para proporcionar la atención personalizada, la educación y el apoyo necesarios para obtener todo el beneficio de su tratamiento con medicamentos especializados. Si está tomando ciertos medicamentos, puede utilizar la farmacia especializada de Express Scripts, Accredo, para obtener su medicamento. Todos los “surtidos” de medicamentos especializados no urgentes deben obtenerse a través de Accredo. Para los medicamentos que puedan requerir un inicio inmediato, puede obtener el primer “surtido” en una farmacia minorista y todos los “surtidos” posteriores a través de Accredo.

Si está tomando un medicamento especializado, recibirá información más específica sobre este beneficio.

Programa de administración de compuestos de Express Scripts

Los medicamentos compuestos son medicamentos elaborados mediante la combinación, mezcla o alteración de ingredientes en respuesta a una receta, para crear un medicamento personalizado que no está disponible

comercialmente de otro modo. Ciertos ingredientes utilizados en los medicamentos compuestos están excluidos de la cobertura. Si le recetan un medicamento compuesto que contiene un ingrediente excluido de la cobertura, es posible que tenga que pagar el coste de toda la receta. Para determinar si un ingrediente concreto de un medicamento compuesto está cubierto por el Plan, visite express-scripts.com o llame a Servicios para miembros de Express Scripts al 800-817-8082.

Máximo de desembolso directo de medicamentos recetados

Una vez que sus copagos por medicamentos recetados cubiertos en un año civil igualen el máximo de desembolso directo por medicamentos recetados que aparece en el Esquema de beneficios, sus reclamaciones por medicamentos recetados cubiertos se pagarán al 100% de la cantidad de la reclamación revalorizada por el gerente de beneficios de farmacia por los medicamentos recetados cubiertos durante el resto del año civil. Este límite de desembolso directo es independiente del máximo de gastos médicos de su bolsillo, y sólo sus copagos por medicamentos recetados cubiertos se tendrán en cuenta para el máximo de gastos de su bolsillo por medicamentos recetados.

Además del desembolso directo máximo individual, existe un desembolso directo máximo familiar que se aplica en el caso de un empleado con uno o más dependientes elegibles.

Exclusiones y limitaciones

No se pagan beneficios por medicamentos con receta por:

- un fármaco, medicina o medicamento no patentado o patentado que no requiera receta, excepto la vacuna antigripal Tamiflu (en cualquier forma disponible) y la insulina. Los medicamentos compuestos recetados pueden estar cubiertos; sin embargo, cualquier receta compuesta que contenga un excluido de la cobertura no estará cubierta;
- un aparato terapéutico, incluidas agujas hipodérmicas, jeringuillas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, independientemente del uso previsto, excepto la parafernalia necesaria para la administración de insulina o el control de la glucemia;
- sangre o plasma sanguíneo, productos biológicos o agentes de inmunización;
- un medicamento experimental o un medicamento limitado por la ley federal a un uso de investigación;
- la administración de insulina inyectable;
- un medicamento, con o sin inscripción, que se consuma o administre en el lugar donde se dispensa;

- un medicamento que deba tomarse o administrarse, total o parcialmente, mientras la persona cubierta se encuentre en un hospital, una casa de reposo, un sanatorio, un centro de cuidados prolongados, una residencia de convalecencia o de ancianos o una institución similar;
- un reabastecimiento que supere el número de reabastecimientos especificado por el proveedor;
- un reabastecimiento dispensado después de un (1) año de la fecha de la orden del proveedor;
- una receta que exceda el suministro para treinta y cuatro (34) días, excepto si se suministra a través de un pedido por correo;
- un medicamento recetado que pueda recibirse adecuadamente sin cargos en virtud de programas locales, estatales o federales, incluida una ley de compensación para trabajadores;
- vitaminas, minerales o suplementos dietéticos, excepto los hematínicos (incluidas las inyecciones de vitamina B-12), las vitaminas prenatales, las vitaminas pediátricas y los productos de vitamina D;
- medicamentos con tretinoína, excepto para niños de hasta 19 años (o, para personas de 20 años o mayores, si se obtiene una autorización previa basada en la necesidad médica);
- anorexígenos, salvo que estén recetados para el tratamiento de una enfermedad mental cubierta por el Plan;
- extractos antialérgicos;
- inyecciones, excepto insulina, kits para picaduras de abeja, imitrex, glucagón, lupron e interferones;
- medicamentos para la disfunción o insuficiencia sexual, excepto hasta 6 píldoras/mes para la disfunción eréctil después de que Express Scripts haya certificado que dichos medicamentos son médicalemente necesarios;
- dispositivos para el control de la natalidad o medicamentos para la infertilidad;
- cualquier receta que exceda los \$1,000 sin autorización;
- medicamentos que se dispensen desde la oficina de un proveedor o desde un lugar que no sea una farmacia ambulatoria o una farmacia autorizada;
- cosméticos o productos de belleza;
- todos los antihistamínicos no sedantes “NSA”, por sus siglas en inglés) disponibles sin receta; todos los demás NSA están sujetos al copago del nivel más alto del Plan;
- determinados analgésicos tópicos y parches (para obtener una lista completa de los analgésicos excluidos, póngase en contacto con ESI llamando al 800-817-8082);
- medicamentos recetados para tratar el trastorno por consumo de sustancias según la definición del Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos de Salud Mental vigente. (No obstante, el Plan cubrirá los medicamentos recetados para afecciones médicas y de salud mental, aunque la necesidad de dicho tratamiento haya sido causada o empeorada por el trastorno por consumo de sustancias).

Copagos

Los copagos varían en función de si opta por obtener una receta genérica, del formulario o fuera del formulario. A continuación, se explican las categorías de copagos. Las cantidades de copago para cada categoría se indican en el Esquema de beneficios.

Un medicamento **genérico** es aquel que es químicamente similar al medicamento de marca y está disponible una vez que la patente del medicamento de marca ha caducado. Suele ser menos caro.

Un medicamento del **Formulario** es un medicamento de marca que Express Scripts ha identificado e incluido en su lista interna del Formulario. El Formulario es una lista de medicamentos preferidos que son seguros, eficaces y económicos. El Formulario de Express Scripts fue desarrollado por un panel de expertos farmacéuticos y médicos. Estos medicamentos son clínicamente eficaces y económicos para ayudar a administrar los costos de las recetas sin afectar la calidad de la atención. Si su doctor le receta un medicamento del Formulario para el que existe un equivalente genérico, deberá pagar el copago del Formulario, así como la diferencia en el costo de los ingredientes entre el medicamento del Formulario y el genérico. Para determinar el estado de cualquier medicamento concreto del Formulario del Plan, entre en express-scripts.com o póngase en contacto con Servicios para miembros de Express Scripts.

Un medicamento **no incluido en el Formulario** es un medicamento de marca que no aparece en la Lista del Formulario de Express Scripts. Si su doctor le receta un medicamento no incluido en el formulario para el que existe un equivalente genérico, deberá pagar el copago del medicamento no incluido en el formulario, así como la diferencia en el costo de los ingredientes entre el medicamento no incluido en el formulario y el medicamento genérico.

Un medicamento **excluido** es un medicamento de marca que aparece en una lista de medicamentos excluidos proporcionada por Express Scripts y sujeta a cambios de vez en cuando. Los medicamentos excluidos no están cubiertos y no serán reembolsados por el Plan.

Su proveedor puede solicitar una excepción a la exclusión del formulario. En este caso, Express Scripts se pondrá en contacto con su proveedor para solicitar información y determinar si se cumplen las

condiciones de cobertura para una excepción a la exclusión del formulario.

Parte D de Medicare

La Ley de Modernización y Mejora de los Medicamentos Recetados de Medicare de 2003 añadió un beneficio de recetas para los participantes elegibles para Medicare denominado Parte D de Medicare. El Plan proporciona a los participantes elegibles para Medicare un Plan de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare a través del Plan Médico y de Medicamentos Recetados Medicare Advantage de Humana (Plan “MAPD”, por sus siglas en inglés).

Los participantes elegibles para Medicare se inscriben automáticamente en el Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Los participantes pueden renunciar a esta cobertura; sin embargo, los que renuncien a ella no serán elegibles para los beneficios de medicamentos recetados del Plan.

Para obtener más información sobre el Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, consulte el Resumen de beneficios y la Evidencia de Cobertura que recibió de Humana o llame a Humana al 800-733-9064.

BENEFICIOS DENTALES

Red dental de United Concordia

La red de dentistas participantes de United Concordia está a su disposición.

Elección del dentista

Usted puede elegir a cualquier dentista autorizado para los servicios que cubrirá el Plan. Sin embargo, limitará su costo de desembolso directo si elige un dentista participante de United Concordia (“dentista participante”). Los dentistas participantes aceptan su asignación negociada como pago total por los servicios dentales cubiertos. Si recurre a un dentista participante de United Concordia, su costo de desembolso directo se limitará a los deducibles y a las cantidades que excedan el máximo del programa. Los dentistas participantes también completarán y enviarán las reclamaciones directamente a United Concordia.

Si acude a un dentista que no participa en la red de United Concordia (un “dentista no participante”), es posible que tenga que pagar al dentista no participante en el momento del servicio. También tendrá que pagar la diferencia entre los cargos del dentista no participante y la

cantidad que permite el Plan, además de cualquier deducible aplicable. Es posible que tenga que presentar la reclamación y esperar a que United Concordia se la reembolse.

Para encontrar un dentista participante, recurra a “Buscar un dentista” en el sitio web de United Concordia en www.UnitedConcordia.com/ep o llame por teléfono a United Concordia al 1-866-851-7568.

Cuando visite la oficina dental, informe a su dentista de que está cubierto por un programa dental de United Concordia. Si su dentista tiene preguntas sobre su elegibilidad o beneficios, indíquele que llame al Sistema Interactivo de Respuesta de Voz de United Concordia al 1- 866-851-7568 o visite Dental Inquiry en:

www.UnitedConcordia.com/dental-insurance/dentist.

Pago de los servicios dentales

Después de que usted y sus dependientes alcancen el deducible dental aplicable durante un año, según se indica en el Esquema de beneficios, el plan pagará los servicios dentales cubiertos para usted y sus dependientes, hasta las cantidades máximas indicadas en el Esquema de beneficios. El deducible dental se aplica a todos los servicios dentales cubiertos, excepto exámenes, radiografías, tratamientos de emergencia, cargos por profilaxis o tratamientos con flúor, selladores y mantenedores de espacio.

En virtud del beneficio odontológico del Plan, éste sólo cubre los artículos y servicios que figuran en el esquema de honorarios dentales. Se denominan “servicios dentales cubiertos”. No se pagarán beneficios dentales por ningún artículo o servicio que no figure en el esquema de honorarios dentales. La oficina del Fondo tiene a su disposición una copia del esquema de tarifas dentales. El esquema de honorarios está sujeto a cambios previa aprobación de los Fideicomisarios. El máximo anual por persona no se aplica a los servicios odontológicos cubiertos recibidos por usted y sus dependientes menores de 19 años.

Dentro de la red: Sujeto al deducible odontológico, si usted o sus dependientes reciben servicios odontológicos cubiertos de un dentista participante, el plan paga la totalidad de los servicios hasta la cantidad máxima anual por persona que se indica en el Esquema de beneficios.

Fuera de la red: Sujeto al deducible odontológico, si usted o sus dependientes reciben servicios odontológicos cubiertos de un dentista no participante, el Plan paga el 80% del cargo que figura en el esquema de honorarios dentales, hasta la cantidad máxima anual por persona que se indica en el Esquema de beneficios. Los dentistas no participantes pueden facturarle a usted o a sus dependientes cualquier diferencia entre sus cargos y la cantidad pagada por el Plan. Si los cargos del

dentista son inferiores al 80% del esquema de honorarios dentales, el Plan pagará la cantidad correspondiente.

Predeterminación

Una predeterminación confirma que los servicios odontológicos que va a recibir están cubiertos por el Plan. Le ayuda a estimar los gastos de su bolsillo en los que puede sufrir calculando la cantidad total que debe y lo que cubrirá el Plan. También le notifica las opciones de tratamiento alternativas cubiertas por el Plan. Le recomendamos que pida a su dentista que envíe una predeterminación a United Concordia para cualquier procedimiento que supere los \$300. Una predeterminación no es una garantía de pago, es sólo una estimación de lo que puede esperar deber.

Gastos dentales cubiertos

El Plan paga los artículos y servicios dentales que sean servicios dentales cubiertos cuando los recomienda y preste un dentista con licencia. Los servicios dentales cubiertos incluyen:

- Evaluaciones bucodentales, incluidos exámenes, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor, selladores, tratamiento paliativo (en caso de emergencia) y mantenedores de espacio
- Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes)
- Endodoncia
- Periodoncia no quirúrgica
- Reparación de coronas, incrustaciones y recubrimientos
- Reparación de puentes
- Reparación de dentaduras postizas
- Extracciones sencillas
- Periodoncia quirúrgica
- Cirugía oral compleja
- Anestesia general, óxido nitroso y sedación intravenosa
- Incrustaciones y recubrimientos y coronas
- Prótesis (por ejemplo, puentes, dentaduras postizas)

Para obtener una lista completa de los servicios odontológicos cubiertos, consulte el esquema de honorarios dentales. **Los servicios y suministros odontológicos que no figuren en el esquema de honorarios dentales no están cubiertos por el Plan.**

Limitaciones

Las siguientes limitaciones se aplican a los servicios dentales cubiertos:

- Radiografías de toda la boca- una (1) cada 5 año(s).
- Radiografías de aleta de mordida: un (1) juego(s) cada 12 meses.
- Evaluaciones bucodentales:

- Completas y periódicas - uno (1) de estos servicios cada 120 días. Una vez pagadas, las evaluaciones integrales no serán elegibles en la misma oficina salvo que se produzca un cambio significativo en el estado de salud o el paciente se ausente de la oficina durante tres (3) año(s) o más.
- Consultas y centradas en problemas limitados - uno (1) de estos servicios por dentista y paciente cada 120 días.
- Centrado en problemas detallados- uno (1) por dentista por paciente cada 120 días.
- Profilaxis - una (1) cada 120 días.
- Tratamiento con flúor- uno (1) cada 120 días.
- Mantenedores de espacio - uno (1) por período de cinco (5) años para miembros menores de catorce (14) años cuando se utilicen para mantener el espacio como resultado de la pérdida prematura de molares deciduos y primeros molares permanentes, o de molares deciduos y primeros molares permanentes que no se han desarrollado o no se desarrollarán. Selladores - uno (1) por diente cada 3 años menores de dieciséis (16) años en los primeros y segundos molares permanentes.
- Coronas prefabricadas de acero inoxidable - una (1) por diente de por vida para miembros menores de catorce (14) años.
- Servicios periodontales:
 - Desbridamiento bucal completo -uno (1) de por vida.
 - Mantenimiento periodontal tras terapia periodontal activa - dos (2) cada 12 meses además de la profilaxis rutinaria.
 - Raspado periodontal y alisado radicular- uno (1) cada 36 meses por zona de la boca.
 - Procedimientos periodontales quirúrgicos - uno (1) cada 36 meses por zona de la boca.
 - Regeneración tisular guiada - una (1) por diente de por vida.
- Sustitución de servicios de restauración sólo cuando no sean, y no puedan hacerse, útiles:
 - Restauraciones básicas - no en los 24 meses siguientes a la colocación previa de cualquier restauración básica.
 - Coronas individuales, incrustaciones, recubrimientos - no en el plazo de 5 años desde la colocación previa de cualquiera de los procedimientos de esta categoría.
 - Reconstrucciones y puentes y muñones: no en los 5 años siguientes a la colocación anterior de cualquiera de los

procedimientos de esta categoría.

- Sustitución de diente(s) natural(es) en una arcada - no en el plazo de 5 año(s) de una dentadura parcial fija, dentadura completa o dentadura parcial removible.
- Los rebasados, rebases o ajustes de la dentadura postiza se consideran parte de los cargos de la dentadura postiza si se proporcionan en los 6 meses siguientes a la inserción por el mismo dentista. El rebasado o rebasado posterior de la dentadura postiza se limita a uno (1) cada 3 año(s) a partir de entonces.
- Terapia pulpar - una (1) por diente primario de por vida sólo cuando no haya diente permanente que lo sustituya.
- Retratamiento del conducto radicular - uno (1) por diente de por vida.
- Re-cementación - una (1) cada 36 meses. La re-cementación durante los 12 meses siguientes a la inserción de cualquier servicio preventivo, restaurador o de prostodoncia por el mismo dentista se incluye en el beneficio del servicio preventivo, restaurador o de prostodoncia.
- Se aplicará una estipulación de beneficio alternativo (“ABP”, por sus siglas en inglés) si una afección dental cubierta puede tratarse mediante un procedimiento profesionalmente aceptable que sea menos costoso que el tratamiento recomendado por el dentista. La ABP no compromete al miembro a someterse al tratamiento menos costoso. Sin embargo, si el miembro y el dentista eligen el tratamiento más costoso, el miembro será responsable de los cargos adicionales más allá de los permitidos por este ABP.
- Láminas intraorales:
 - Periapicales - cuatro (4) cada 12 meses por dentista si no se realizan junto con procedimiento(s) definitivo(s).
 - Oclusales: dos (2) cada 24 meses en menores de ocho (8) años.
- Anestesia general y sedación intravenosa: un total de sesenta (60) minutos por sesión.

Exclusiones odontológicas

El Fondo no cubre los artículos y servicios odontológicos que no figuran en el calendario de tarifas odontológicas. A continuación, figura una lista no exhaustiva de artículos y servicios que no están cubiertos por el Fondo en el marco del beneficio dental (aunque en algunos casos a continuación los artículos excluidos están cubiertos por el Fondo como beneficios médicos):

- Los cuidados de ortodoncia, salvo los servicios preventivos como la inserción de mantenedores de espacio, o los servicios y aparatos necesarios como consecuencia del impacto óseo de un diente permanente.
- No se pagarán beneficios dentales por el tratamiento integral de ortodoncia ni por ningún otro servicio o aparato de naturaleza ortodóntica.
- Los servicios dentales iniciados antes de la fecha de vigencia del participante o después de la fecha de terminación de la cobertura del Plan (por ejemplo, pero sin limitarse a ellos, los procedimientos de varias consultas como endodoncias, coronas, puentes, incrustaciones, recubrimientos y dentaduras postizas).
- Visitas a domicilio u hospitalarias para servicios odontológicos y para costos de hospitalización (cargos por uso de instalaciones).
- Servicios que son responsabilidad del seguro de Compensación para Trabajadores o del seguro de responsabilidad civil del empleador, o para el tratamiento de cualquier lesión relacionada con el automóvil en la que el participante tenga derecho al pago en virtud de una póliza de seguro de automóvil. Los beneficios del Plan serían superiores a los beneficios de terceros y, por lo tanto, el Plan tendría derecho a la recuperación de los beneficios pagados en exceso.
- Medicamentos con o sin receta, vitaminas o suplementos dietéticos que sean de naturaleza cosmética según determine el administrador del Plan (por ejemplo, pero sin limitarse a, blanqueamiento, revestimientos, personalización o caracterización de coronas, puentes y/o dentaduras postizas).
- Procedimientos electivos (por ejemplo, pero sin limitarse a ellos, la extracción profiláctica de terceros molares).
- Tratamiento de malformaciones congénitas de la boca o desequilibrios esqueléticos (por ejemplo, pero sin limitarse a ello, tratamiento relacionado con labio leporino o paladar hendido, desarmonía del hueso facial o necesario como resultado de cirugía ortognática, incluido el tratamiento de ortodoncia).
- Implantes dentales y cualquier cirugía, colocación, restauración y prótesis relacionadas (excepto coronas de implante único).
- Mantenimiento y extracción de implantes salvo que estén específicamente cubiertos.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula por cualquier método que no sean los servicios específicos la articulación temporomandibular (“TMJ”, por sus siglas en inglés) indicados en el esquema de honorarios como servicios cubiertos.
- Tratamiento de fracturas y luxaciones de la mandíbula.
- Tratamiento de neoplasias o tumores malignos.

- Servicios y/o aparatos que alteren la dimensión vertical (por ejemplo, pero sin limitación, rehabilitación de toda la boca, ferulización, empastes) para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión, aparatos o cualquier otro método.
- Sustitución o reparación de prótesis u ortodoncias perdidas, robadas o dañadas.
- Restauraciones preventivas.
- Ferulización periodontal de dientes por cualquier método. Duplicado de dentaduras, prótesis o cualquier otro aparato.
- Los servicios por los que, en ausencia de beneficios dentales en virtud de un plan, el miembro no incurría en ningún cargo.
- Programas de control de la placa, asesoramiento sobre el tabaco e instrucciones de higiene bucal.
- Tratamiento de cualquier afección causada por o resultante de una guerra declarada o no declarada o un acto de la misma, o resultante del servicio en la Guardia Nacional o en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
- Cualquier reclamación presentada al administrador del plan por el miembro o en su nombre que excede los doce (12) meses posteriores a la fecha del servicio.
- Tratamiento incompleto (por ejemplo, pero no limitado a, el paciente no regresa para completar el tratamiento) y servicios temporales.
- Procedimientos que son:
 - parte de un servicio, pero se reportan como servicios separados; o
 - informados en una secuencia de tratamiento que no es adecuada; o
 - notificados erróneamente o que representan un procedimiento distinto del que se ha informado.
- Procedimientos y técnicas especializados (por ejemplo, pero sin limitarse a ellos, aditamentos de precisión, cofias y tratamiento intencional del conducto radicular).
- Cargos por faltar a citas.
- Tratamientos que no sean necesarios desde el punto de vista odontológico o que no se consideren estándares generalmente aceptados de tratamiento odontológico. Si no existen normas claras o generalmente aceptadas, o existen posturas divergentes dentro de la comunidad profesional, se aplicará la opinión del administrador del Plan.

BENEFICIOS POR DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Las prestaciones por disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) se pagan a usted o a sus dependientes, hasta el máximo de por vida que se indica en el Esquema de beneficios y están sujetas al deducible dental. Los gastos que superen esta cantidad máxima no se pagarán en virtud de los beneficios médicos principales, dentales ni de ninguna otra sección del plan. El máximo de por vida no se aplica a los beneficios de Disfunción de la TMJ pediátrica.

BENEFICIO PARA LA VISTA

El Plan paga los exámenes realizados por optometristas u oftalmólogos, así como las lentes graduadas y monturas para usted y sus dependientes, hasta las cantidades máximas indicadas en el Esquema de beneficios. Los cargos por los lentes de contacto que sean necesarios debido a una operación de cataratas se pagan en el marco del beneficio médico principal. Las revisiones visuales para niños que deban cubrirse como servicio preventivo se pagarán al 100%..

Si usted o sus dependientes reciben atención de un optometrista que tiene un acuerdo de proveedor preferido con el Plan a través de su participación en la Premier Network de VSP, el Plan pagará los exámenes de la vista, las monturas y las lentes de conformidad con el Esquema de beneficios.

Los recubrimientos antirreflejantes y las lentes progresivas se incluyen sin cargo adicional en la asignación para lentes que se muestra en el Esquema de beneficios.

El esquema de beneficios a través del Vision Service Plan (VSP) cubre el costo de un par de gafas de seguridad con receta cada 24 meses (sujeto al copago que se indica en el esquema de beneficios). Esta cobertura es sólo para los empleados y no está disponible para los dependientes. Los beneficios incluyen una montura de seguridad cubierta de la colección ProTec Eyewear®, junto con lentes con receta que cumplan los niveles actuales de protección contra impactos ANSI (American National Standards Institute). Si desea aprovechar este beneficio, llame a VSP al 1-800-877-7195 o acceda al sitio web de VSP en www.vsp.com para encontrar un proveedor que ofrezca gafas de seguridad y tenga la colección ProTec Eyewear®.

Los proveedores participantes de la Premier Network de VSP también ofrecen un descuento a los participantes del Plan para la compra de pares completos adicionales de anteojos recetados (lentes, opciones de lentes y armazones). Además, los participantes del Plan tienen derecho a recibir descuentos en los cargos profesionales por evaluaciones y

adaptaciones de lentes de contacto electivos de los proveedores participantes de VSP. Los descuentos se aplican a los cargos usuales y habituales del Proveedor participante por dichos servicios y están disponibles dentro de los doce (1) meses del examen de la vista cubierto del proveedor participante que proporcionó el examen de la vista cubierto. Póngase en contacto con su proveedor participante de VSP para obtener más información sobre estos descuentos adicionales. Los descuentos no se aplican a los beneficios de atención de la vista obtenidos de proveedores no participantes del VSP.

Si usted o las personas a su cargo reciben atención de un proveedor no participante en el VSP (que no tenga un acuerdo de proveedor preferido con el plan), el plan pagará un examen de la vista y un juego de lentes, si es necesario, cada 12 meses, hasta las cantidades específicas que se indican en el esquema de beneficios.

El Fondo ofrece también un beneficio por baja visión. Ésta proporciona una ayuda especial a las personas que tienen una pérdida de agudeza o de campo visual que no puede corregirse con lentes normales. Si entra dentro de esta categoría, tendrá derecho a servicios profesionales, así como a materiales oftalmológicos, que incluyen, entre otros, pruebas complementarias, evaluaciones, capacitación visual, servicios de prescripción de baja visión, además de ayudas ópticas y no ópticas. Las pruebas suplementarias, que incluyen la evaluación, el diagnóstico y la receta de ayudas para la visión cuando estén indicadas, están cubiertas en su totalidad cuando reciba atención de un proveedor participante en el VSP, y cubiertas hasta \$125 cuando reciba atención de un proveedor no participante en el VSP. Las ayudas complementarias están cubiertas hasta el 75% del costo. Su beneficio máximo por baja visión es de \$1,000 cada dos (2) años. Existen ciertas limitaciones para la atención de baja visión. Consulte con su proveedor.

Una lista de aquellos optometristas y oftalmólogos que tienen acuerdos de Proveedor Preferido con el Plan como parte de la Red Premier de VSP está disponible en la oficina del Fondo, o llamando a VSP al 1-800-877-7195 o accediendo al sitio Web de VSP en www.vsp.com. La Red Premier incluye proveedores como Visionworks, Costco y Walmart/Sam's Club.

Exclusiones de la visión

No se pagarán beneficios de visión por:

- Procedimientos cosméticos opcionales;
- Recubrimiento de color;
- Recubrimiento de espejos;
- Recubrimiento anti arañazos;
- Lentes mixtos;

- Lentes cosméticos;
- Lentes laminados;
- Lentes de gran tamaño;
- Gafas de sol;
- Lentes o monturas no recetadas;
- Lentes para después de la catarata;
- Lentes fotocromáticas, lentes tintadas excepto Rosa #1 y #2;
- Ortóptica o capacitación visual; cualquier prueba complementaria asociada; lentes planas (de menos de $\pm,50$ dioptrías de potencia); o dos pares de gafas en lugar de lentes bifocales;
- Sustitución de lentes y monturas proporcionadas en virtud de este Plan que se pierdan o se rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otro modo;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- Tratamiento correctivo de la vista de carácter experimental;
- Recetas que se surtan después de 90 días;
- Costos de los servicios y/o materiales que superen las prestaciones del Plan previstas anteriormente en esta Descripción resumida del Plan;
- Servicios/materiales no indicados como beneficios cubiertos por el Plan en esta Descripción resumida del Plan.

SUBSIDIO DE REEMBOLSO MÉDICO

Cada afiliado activo o jubilado, incluidos los cónyuges sobrevivientes, los empleados discapacitados y los afiliados que pagan por cuenta propia, recibirá un subsidio con el fin de reembolsar al afiliado los gastos incurridos durante el año civil que no estén cubiertos por el Plan o cualquier otro plan médico. Este subsidio se denomina Subsidio de Reembolso Médico (“MRA”, por sus siglas en inglés). Aunque no se prevén subsidios separados para su cónyuge y sus hijos dependientes cubiertos por el Plan, sus gastos también serán reembolsables a través de su MRA, siempre que cumplan los requisitos de elegibilidad. *El subsidio de reembolso de gastos médicos no está disponible para los empleados de los grupos recientemente organizados.*

Cada año, los Fideicomisarios determinarán si habrá o no una MRA disponible para el año siguiente y, en caso afirmativo, la cantidad de la prestación. Este beneficio puede ser terminado por los Fideicomisarios al final de cualquier año civil. Si se va a ofrecer una prestación de reembolso médico en un año determinado, los Fideicomisarios enviarán un anuncio a todos los participantes antes del inicio de dicho año. Esta notificación a los participantes contendrá todos los detalles relativos a la cantidad de la asignación, los participantes elegibles, los gastos admisibles para su reembolso y los procedimientos para presentar reclamaciones.

Podrá utilizar su MRA para ser reembolsado por los gastos de atención médica elegibles que ahora sólo se reembolsan parcialmente o que no están cubiertos por el Plan. Dichos gastos, tal y como se definen en la sección 213 del Código de Rentas Internas, incluyen deducibles, copagos, cargos que superen la cantidad usual, habitual y razonable y otros gastos no cubiertos por servicios médicos, de medicamentos con receta, odontológicos, oftalmológicos y psiquiátricos.

Para ser elegibles para su reembolso, los gastos deben ser:

- incurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año civil de la MRA;
- incurridos mientras usted es participante en el Plan;
- presentados mientras es participante en el Plan;
- presentados para su reembolso el 31 de marzo o antes del año civil siguiente al año en que se incurrió en los gastos; y
- presentados correctamente a la oficina del Fondo con una copia de la Explicación de Beneficios, la factura del proveedor y otra prueba aceptable de que usted pagó los gastos y de que no fueron reembolsados por éste ni por ningún otro plan. El empleado elegible o jubilado también deberá presentar un estado por escrito de que el gasto no ha sido reembolsado o no

es reembolsable bajo ninguna otra cobertura del Plan Médico y que si se reembolsa de la Asignación para Reembolso Médico dicha cantidad no será reclamada como deducible de impuestos.

Puede presentar una reclamación a la MRA en cualquier momento del año civil después de haber acumulado la cantidad íntegra de la MRA en reclamaciones admisibles para su reembolso por parte de la MRA. Las cantidades inferiores a la cantidad íntegra sólo podrán presentarse una vez finalizado el año.

Si un empleado elegible o jubilado fallece antes de presentar una reclamación a la oficina del Fondo por gastos de atención médica elegibles que serían Gastos Médicos Elegibles si no fuera por la muerte del empleado o jubilado, los gastos se considerarán gastos médicos elegibles y el pago se efectuará a su patrimonio. En tales casos, la reclamación de reembolso debe ser completada y enviada a la oficina del Fondo por el cónyuge sobreviviente o dependiente del empleado elegible o jubilado, o por un representante de su patrimonio.

Recuerde que todas las reclamaciones correspondientes a un determinado año civil deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente o se perderá el derecho a cualquier saldo restante.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

Las siguientes exclusiones se aplican a los beneficios disponibles para los empleados cubiertos, los jubilados no elegibles a Medicare y sus dependientes. Si usted es un jubilado elegible para Medicare, consulte el Resumen de Beneficios de Humana para obtener una descripción de las exclusiones y limitaciones del Plan MAPD.

Los siguientes no son gastos cubiertos y no pueden ser considerados para ningún propósito bajo este Plan (excepto los permitidos para reembolso a través del Subsidio de Reembolso Médico, si está disponible):

1. Los gastos incurridos mientras usted o sus dependientes no estén cubiertos por este Plan;
2. Una lesión o enfermedad para la que los beneficios estén cubiertos por una ley de compensación para trabajadores o similar, excepto en la medida en que los beneficios puedan pagarse en virtud de la prestación complementaria por accidente laboral del Plan;
3. Una lesión o enfermedad que surja de o en el curso de cualquier ocupación o empleo remunerado o lucrativo;
4. Cirugía cosmética, plástica o reconstructiva y cualquier otro procedimiento quirúrgico no cubierto por el Plan, excepto para reparar o aliviar daños resultantes de o causados por:
 - a. Lesión accidental
 - b. Defecto congénito
 - c. Mastectomía o tumorectomía con resultado de deformidad mamaria, de conformidad con la Ley de Derechos de la Mujer contra el Cáncer de 1998, en cuyo caso se proporciona cobertura para la reconstrucción de una mama en la que se haya realizado una mastectomía, y para la cirugía y reconstrucción de la otra mama con el fin de producir una apariencia simétrica;
5. Los cargos que no se habrían efectuado si no existiera la cobertura, o los cargos que ni usted ni sus dependientes están obligados a pagar;
6. Los cargos por servicios o suministros proporcionados, pagados o suministrados de otro modo por razón del servicio pasado o presente de cualquier persona en las fuerzas armadas de un gobierno, salvo que la ley exija lo contrario;
7. Los cargos por servicios o suministros que sean proporcionados, pagados o facilitados de otro modo por cualquier agencia, programa o institución gubernamental local, estatal o federal, excepto los Hospitales generales comunitarios;

8. Los cargos por servicios y suministros que no sean necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad, excepto los exámenes físicos o administrativos rutinarios;
9. Los cargos por servicios y suministros no recomendados y aprobados por el Proveedor tratante como médicaamente necesarios o los cargos en la medida en que sean irrazonables o innecesarios;
10. Los cargos por cuidados intermedios o de custodia por parte de asilos, casas de reposo, lugares para ancianos u hogares de convalecencia;
11. Los cargos por servicios o suministros relacionados con el control de peso y el tratamiento de la obesidad, incluido la derivación gástrica, la burbuja, el grapado u otro procedimiento similar para tratar la obesidad exógena o un programa para el tratamiento de la obesidad o la reducción de peso o la forma física, a menos que dicho programa, servicio o tratamiento sea un servicio preventivo obligatorio (página 71); o salvo que dichos servicios cumplan las condiciones indicadas en la sección titulada “Beneficio de cirugía bariátrica” (página 69). Esta exclusión no se aplicará cuando dichos servicios o suministros sean recetados para el tratamiento de una enfermedad mental cubierta por el Plan..
12. Servicios de confort personal no esenciales para el tratamiento de una enfermedad o lesión, como teléfonos, radio y televisión, aparatos de aire acondicionado, humidificadores, servicios de belleza y peluquería, botiquines de ingreso, cosméticos, etc.;
13. Zapatos ortopédicos (excepto cuando estén unidos a aparatos ortopédicos), dispositivos ortopédicos, soportes para el arco del pie, elevaciones de talón o medias elásticas, excepto cuando estén recetados para una enfermedad del niño;
14. Purificadores de aire, equipos de baño de hidromasaje, lámparas solares y de calor, almohadillas térmicas, camas de agua, cargas de gimnasios y aparatos para hacer ejercicio;
15. Viajes y alojamiento, incluso cuando hayan sido recetados por un proveedor;
16. Cuidados de enfermería intermedios, de custodia o domiciliarios;
17. Lesiones o enfermedades resultantes de la comisión de un delito o de la participación en una revuelta o disturbio público; sin embargo, esta exclusión no se aplicará cuando dichas lesiones o enfermedades resulten de una afección médica o mental o de violencia doméstica;
18. Reclamaciones de responsabilidad de terceros, excepto como se muestra más adelante en este folleto;
19. Lesiones que se produzcan en relación con el funcionamiento de una aeronave (incluidos ultraligeros, alas delta, etc.), o en el transcurso de una caída o de cualquier otro modo de descenso

- de la misma, salvo que usted sea un pasajero que paga una tarifa en un vuelo comercial regular programado;
20. Trasplantes de órganos, salvo lo permitido en este folleto;
 21. Tratamiento para corregir la infertilidad (incluida la fecundación in vitro) o para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente;
 22. Servicios o suministros educativos o experimentales;
 23. Sustitución o reparación de prótesis mamarias internas (implantes) y sujetadores para su uso con prótesis mamarias externas; sustitución de prótesis mamarias externas dentro de un periodo de tres años; y sustitución o reparación de otros dispositivos protésicos dentro de un periodo de tres años, excepto cuando sea necesario debido al crecimiento de un hijo dependiente;
 24. Terapia ocupacional, miofuncional o pulmonar;
 25. Hipnotismo, biorretroalimentación o gestión del estrés, salvo que estén recetados para el tratamiento de una enfermedad mental cubierta por el Plan;
 26. Queratotomía radial;
 27. Transporte de miembros de la familia, personal médico, suministros o equipos;
 28. Tratamiento de la disfunción sexual;
 29. Acupuntura;
 30. La no comparecencia a una cita programada o la no presentación de formularios o documentos de reclamación;
 31. Medicamentos sin receta, vitaminas o alimentos o suplementos dietéticos;
 32. Agujas hipodérmicas, jeringuillas o sustancias no médicas, excepto cuando se utilicen junto con inyecciones de insulina;
 33. Cuidados privados de enfermería prestados por un miembro del hogar o de la familia del paciente;
 34. Los cargos por anestesia, prestaciones hospitalarias o servicios médicos prestados como parte de un procedimiento quirúrgico o de maternidad para el que no se presten realmente servicios al paciente;
 35. Las primas de la Parte B de Medicare y los recargos de la cobertura catastrófica de Medicare o los recargos para los empleados cubiertos mayores de 65 años que sean elegibles a Medicare;
 36. Sangre entera (si no se sustituye);
 37. Tratamiento de afecciones crónicas de los pies, corte de callos o recorte o extirpación de uñas de los pies (excepto para pacientes diabéticos);
 38. Pelucas, excepto las relacionadas con la quimioterapia;
 39. Cualquier servicio o suministro que no figure como cubierto;
 40. Cuidados prestados en una residencia de ancianos, o en

- cualquier otro centro que no sea un Hospital, salvo lo dispuesto específicamente en el presente documento;
41. Cualquier beneficio no previsto específicamente en el presente documento;
 42. Los cargos que excedan de la tarifa usual, habitual y razonable por dicho servicio, suministro, etc.;
 43. Los cargos hospitalarios en que incurran los participantes cubiertos por Medicare por el tratamiento de afecciones adquiridas en el hospital que Medicare haya considerado razonablemente prevenibles y, por lo tanto, no reembolsables.
 44. Cuidado y tratamiento de los nietos de los empleados.
 45. Los cargos por clonación, terapia génica y medicamentos de terapia génica (incluidos, entre otros, Zolgensma y Luxturna).
 46. Cirugía para la implantación de dispositivos para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño, incluyendo, pero sin limitarse a "Inspire", y otros costos asociados a la compra y uso de dichos dispositivos implantados.
 47. Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.

EXCLUSIÓN DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias no está cubierto por el Plan. "Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias" se define como un servicio o conjunto de servicios que pueden incluir medicación, asesoramiento u otros servicios de apoyo diseñados para tratar el trastorno por consumo de sustancias según se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos de Salud Mental vigente. Tal y como exige la Ley de Atención Médica Asequible, el Plan cubrirá los servicios preventivos relacionados con el trastorno por consumo de sustancias (página 71). El Plan también cubrirá el tratamiento de las afecciones médicas y de salud mental según lo dispuesto en este Plan, incluso si la necesidad de dicho tratamiento fue causada o empeoró por el trastorno por consumo de sustancias.

ATENCIÓN MÉDICA RUTINARIA COMO PARTE DE UN ENSAYO CLÍNICO

Aunque los servicios y suministros educativos o experimentales están generalmente excluidos de la cobertura del Plan, tal y como exige la Ley de Atención Médica Asequible, el Plan cubrirá los costos rutinarios del paciente por artículos o servicios proporcionados en relación con la participación en un ensayo clínico si dichos costos estuvieran cubiertos de otro modo por el Plan.

"Costos rutinarios del paciente" tiene el mismo significado que el término se define en la sección 2709 de la Ley de Servicios de Salud Pública e incluye artículos o servicios que de otro modo estarían cubiertos por el Plan y que se utilizan para la gerencia clínica directa del paciente, pero

no incluye artículos o servicios utilizados únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos del ensayo clínico.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios que se le paguen a usted y sus dependientes bajo el Plan están “coordinados” con cualquier beneficio que se le pague a usted o a sus dependientes por los mismos gastos de Otros Planes Médicos o de Medicare.

Los beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por una persona elegible a Medicare o con derecho a los beneficios de otro Plan Médico se coordinarán de manera que la cantidad total pagadera no supere el 100% de los gastos incurridos. Una persona cubierta que sea elegible para la cobertura de Medicare con Medicare actuando como pagador principal se considerará cubierta por Medicare.

Al coordinar los beneficios, el Plan compensará el deducible de los cónyuges que tengan cobertura primaria a través de otras fuentes cuando se presente una reclamación para la coordinación de los beneficios. Esto significa que cualquier deducible aplicado por un pagador primario contará para el deducible de este Plan si se aplica la coordinación de prestaciones y el otro plan es el Plan Primario.

COORDINACIÓN CON OTROS PLANES MÉDICOS

Los beneficios se coordinan en el siguiente orden:

- Un plan que cubre a alguien como empleado paga los beneficios antes que un plan que cubre a esa persona como dependiente.
- El plan de un progenitor cubierto como empleado cuyo cumpleaños (mes y día únicamente) cae antes en el año civil cubre primero a los hijos dependientes. Esto se conoce como coordinación de pagos según la “norma del cumpleaños” y se aplica cuando el otro Plan también reconoce este orden de pago.
- Si aun así no puede establecerse una prioridad, el Plan paga los beneficios en el orden determinado por el tiempo que ha estado en vigor la cobertura, empezando por el periodo de cobertura más largo.
- Este Plan paga siempre después de un plan que no tenga estipulaciones de coordinación de los beneficios.
- Un plan que cubre a una persona como empleado cesado o jubilado, o a un dependiente de dicha persona, paga los beneficios después de cualquier otro plan que cubra a la persona como empleado.
- Un plan que cubre a una persona como dependiente paga los beneficios después de un plan que cubra a esa persona en cualquier otra capacidad.

- Se aplican las siguientes normas especiales para la cobertura de los hijos dependientes (que, por lo demás, son elegibles para los beneficios bajo el Plan) en los casos de separación legal y divorcio (o si los padres nunca se han casado):
 - Si existe una sentencia judicial que establezca la responsabilidad financiera de los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención médica de un hijo, los beneficios se determinarán de acuerdo con la sentencia judicial.
 - Si el progenitor con la custodia no se ha vuelto a casar, el plan de prestaciones que cubre al progenitor con la custodia tendrá la responsabilidad principal de la prestación del hijo y el plan que cubre al progenitor sin la custodia tendrá la responsabilidad secundaria.
 - Si el progenitor con la custodia se ha vuelto a casar, el plan de prestaciones que cubre al progenitor con la custodia es el principal, el plan del padrastro o de la madrastra es el secundario y el plan del progenitor sin custodia se paga en tercer lugar.
 - Si dos planes son ambos secundarios, se repiten las normas indicadas anteriormente hasta que se demuestre que uno de los planes es el principal.
 - Los beneficios se pagan en virtud de un plan secundario sólo en la medida en que no se paguen en virtud de ningún otro plan.
- Independientemente de que este Plan sea primario o secundario, si usted o sus dependientes están cubiertos por un programa de prepago de otro Plan Médico, y usted o sus dependientes reciben servicios que normalmente estarían cubiertos por el programa de prepago, este Plan sólo reembolsará las cantidades de copago que usted esté, o hubiera estado, obligado a pagar bajo el programa de prepago. Un programa de prepago incluye una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), una asociación de práctica individual (IPA, por sus siglas en inglés) y cualquier otro programa de este tipo que la Mesa Directiva considere similar.
- La cantidad máxima pagadera en virtud de este Plan es la que se habría pagado si este Plan hubiera sido el plan primario.

COORDINACIÓN CON MEDICARE

Si usted o su dependiente cumplen los requisitos para ser elegibles a Medicare a la edad de 65 años mientras siguen trabajando, la cobertura de Medicare es posible, aunque no se jubilen. Medicare incluye los beneficios del seguro hospitalario (denominado "Parte A") así como el seguro médico complementario (denominado "Parte B"). Medicare

también incluye la Parte D (beneficios para medicamentos con receta).

Cuando usted o las personas a su cargo alcanzan la edad de 65 años mientras siguen trabajando, o si está cubierto por este Plan como empleado incapacitado que no percibe ningún tipo de prestación de jubilación, los beneficios se pagan bajo este Plan antes que bajo Medicare, a menos que notifique por escrito a la oficina del Fondo que desea renunciar a su derecho a percibir estos beneficios.

Si es un empleado jubilado o un empleado inactivo incapacitado y pasa a ser elegible a Medicare, Medicare será su cobertura principal. Si es un empleado jubilado o un empleado inactivo o discapacitado que aún no es elegible para Medicare, pero su dependiente es elegible para Medicare, Medicare será la cobertura principal de su dependiente elegible para Medicare. **Es importante que usted o sus dependientes se inscriban en Medicare a los 65 años, o si están incapacitados antes de cumplirlos, cuando sean elegibles para la cobertura de Medicare**, ya que si no lo hacen la protección médica será menor.

Es importante que usted o sus dependientes visiten una oficina de la Administración del Seguro Social durante los tres meses anteriores a cumplir los 65 años para informarse sobre Medicare. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura que ofrece este Plan o necesita ayuda para comparar los beneficios que ofrecen este Plan y Medicare, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

- (a) Las prestaciones pagaderas por los gastos cubiertos incurridos por una persona elegible a Medicare o con derecho a los beneficios de otro Plan Médico se coordinarán de manera que la cantidad total a pagar no supere el 100% de los gastos incurridos. Una persona cubierta que sea elegible para la cobertura de Medicare con Medicare actuando como pagador principal se considerará cubierta por Medicare.
- (b) Al coordinar los beneficios, el deducible de este Plan se aplicará cuando el Plan sea secundario a otro plan, excepto cuando la coordinación de los beneficios sea con Medicare.

ASEGÚRESE DE INSCRIBIRSE TANTO EN LA PARTE “A” COMO EN LA PARTE “B” DE MEDICARE. EL FONDO PAGARÁ LOS BENEFICIOS COMO SI USTED TUVIERA TANTO LOS BENEFICIOS DE LA PARTE “A” COMO LOS DE LA PARTE “B” DE MEDICARE, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE HAYA INSCRITO O NO.

Uso de un centro aprobado

Si Medicare u otro plan médico, según corresponda, es el plan principal y requiere que usted utilice un hospital o centro aprobado para recibir tratamiento, el pago de los gastos cubiertos sólo se efectuará cuando usted utilice dicho hospital o centro aprobado.

NORMAS IMPORTANTES PARA LAS PERSONAS ELEGIBLES PARA MEDICARE

Si usted es un jubilado o queda totalmente incapacitado mientras está cubierto por este Plan, o es dependiente de un jubilado o de una persona que queda totalmente incapacitada y cumple los requisitos para Medicare, Medicare será su cobertura primaria en cuanto lo permita la legislación vigente, y usted quedará automáticamente inscrito en un Plan de medicamentos recetados, Medicare Advantage Prescription Drug (MAPD) completo y totalmente asegurado, tal como se describe a continuación. Si no es elegible para Medicare cuando se jubile y tiene derecho a la cobertura de jubilado, el Fondo le proporcionará cobertura primaria hasta que sea elegible a Medicare, tras lo cual quedará automáticamente inscrito en el Plan MAPD. No obstante, si su dependiente es elegible a Medicare cuando se jubile, aunque usted no sea elegible a Medicare en ese momento, Medicare será la cobertura primaria de su dependiente y éste quedará automáticamente inscrito en el Plan MAPD.

En general, el Plan MAPD es un sustituto de Medicare únicamente para los jubilados y sus dependientes elegibles a Medicare. El Plan MAPD también ofrece un programa completo de beneficios médicos complementarios y de cobertura de medicamentos con receta. Los participantes en el Plan MAPD siguen estando cubiertos por Plumbers & Pipefitters Medical Fund. Sin embargo, Humana, y no la oficina del Fondo, es la principal responsable de administrar el Plan MAPD. Según este acuerdo: (1) Medicare será el principal responsable de pagar a sus proveedores de atención médica; (2) el Plan MAPD, en lugar de Medicare o el Plan, será responsable de sus cargos médicos, así como de sus medicamentos; y (3) la oficina del Fondo seguirá estando disponible para ayudarle cuando sea necesario en otros asuntos. Por ejemplo, la oficina del Fondo continuará ocupándose de las consultas relativas a la elegibilidad, las primas de jubilado, los beneficios dentales y oftalmológicos y todos los demás beneficios que queden fuera del ámbito del plan MAPD. Los participantes en el Plan MAPD continuarán pagando índices de jubilado al Fondo.

Los párrafos siguientes resumen los beneficios del Plan MAPD y lo que puede esperar si es usted un participante elegible a Medicare.

- (a) El Plan MAPD proporciona beneficios integrales diseñados para ayudar a los participantes elegibles a Medicare a lograr mejores resultados de salud, incluyendo programas de bienestar y administración de enfermedades crónicas.
- (b) Las personas inscritas recibirán una nueva tarjeta de identificación para la cobertura médica y de medicamentos con receta.

- (c) Las personas inscritas no tendrán que cambiar sus proveedores actuales siempre que éstos sean elegibles para recibir pagos de Medicare y estén dispuestos a facturar al Plan MAPD. Si su proveedor no cumple estos criterios, es posible que tenga que buscar otro proveedor o pagar los servicios de su bolsillo.
- (d) Los participantes elegibles para Medicare deben estar inscritos en las Partes A y B de Medicare y continuar pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a la Administración del Seguro Social, incluidos los recargos relacionados con los ingresos, para ser elegibles para la cobertura del Plan MAPD.
- (e) Aunque el Plan MAPD pretende reproducir (y, en algunos casos, mejorar) las prestaciones médicas y de medicamentos recetados que ofrece actualmente el Plan, habrá algunas diferencias en los beneficios, según determinen tanto la aseguradora del Plan MAPD como las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- (f) Consulte el Resumen de prestaciones de Humana para obtener más información sobre los beneficios disponibles en el Plan MAPD.

PPO REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y PREADMISIÓN

Organización de Proveedores Preferidos CareFirst

Los participantes no elegibles para Medicare del Fondo Plumbers and Pipefitters Medical Fund, pueden utilizar la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de CareFirst Blue Cross/Blue Shield. Una Organización de Proveedores Preferidos es un grupo de médicos, especialistas, hospitales y otros centros de tratamiento selectos que han acordado prestar sus servicios a cambio de un descuento. La oficina del Fondo proporciona gratuitamente un directorio de proveedores de la red CareFirst PPO, que se facilita automáticamente a los nuevos participantes elegibles y, previa solicitud, a los demás. También puede buscar proveedores en la página web de CareFirst, (www.carefirst.com). Si vive en D.C., Maryland o Virginia del Norte, también puede llamar al departamento de servicios para miembros de CareFirst al 800-235-5160 para determinar si su proveedor está en la red.

Si no vive en D.C., Maryland o el norte de Virginia (considerado “FlexLink” fuera de la zona local), debe llamar al 888-444-8115 para que le ayuden a localizar un doctor o para verificar si su proveedor pertenece a la red de BlueCross/Blue Shield. También puede acceder a esta información en línea en www.bcbs.com y haciendo clic en el enlace “Buscar un doctor” situado en la parte superior de la pantalla.

CareFirst tiene acuerdos especiales con médicos, hospitales y otros lugares donde se prestan servicios médicos para descontar sustancialmente sus cargos normales. Dado que usted suele pagar un porcentaje de los cargos facturados, esto hará que pague un porcentaje de una cantidad menor. **El beneficio de recurrir a un proveedor preferido o a un hospital para las prestaciones médicas o de salud mental es un ahorro de costos directo para usted.** Además, los costos del Fondo también se reducen cuando utiliza un proveedor, hospital o centro de CareFirst, lo que significa que el dinero de sus cotizaciones se utiliza de forma más eficiente.

Cuando acuda a un proveedor u hospital participante, sólo tiene que identificarse como participante del plan CareFirst PPO presentando su tarjeta de identificación sanitaria. El proveedor o el hospital presentarán su reclamación directamente al plan PPO CareFirst, que descontará la factura y la remitirá al administrador de reclamaciones para su pago. No tiene que presentar ningún formulario de reclamación.

Si su actual proveedor CareFirst aún no participa en la PPO, debe informarle de que Plumbers and Pipefitters Medical Plan participa ahora en la red CareFirst PPO. Es posible que él o ella quiera estudiar la posibilidad de convertirse en médico participante.

Puede pagar más si recurre a un proveedor no PPO / Riesgo de facturación de saldo. Si recurre a un proveedor no PPO, el Fondo pagará los servicios cubiertos de conformidad con el Plan, pero puede incurrir en gastos directos considerablemente más elevados, incluido un porcentaje de coaseguro más alto, excepto en circunstancias limitadas que se indican en el Plan. En determinados casos, el proveedor PPO también puede cobrarle el resto (o “saldo”) de la factura del proveedor después de aplicar el pago del Fondo; esta práctica suele denominarse *facturación del saldo*. Esto es así tanto si recurre a un Proveedor PPO por elección propia, por nivel de experiencia, por comodidad, por ubicación, por la naturaleza de los servicios o basándose en la recomendación de un proveedor. **Sin embargo, debe tener en cuenta que algunos estados prohíben la facturación de saldos, en cuyo caso usted no será responsable de las cantidades facturadas por saldos. La reciente ley federal también prohíbe la facturación de saldos por servicios de emergencia recibidos en un centro fuera de la red, la atención médica de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red y los servicios de ambulancia aérea.** En algunas circunstancias, sin embargo, un proveedor puede facturarle el saldo de estos servicios, si usted dio su consentimiento por escrito para que se le facturara el saldo.

Continuidad de atención

Los pacientes de atención continuada, tal y como se define a continuación, pueden, durante un periodo de tiempo limitado, seguir recibiendo cobertura con los índices de la red para la atención de un proveedor o centro cuyo contrato con CareFirst se haya terminado. Si un participante opta por esta atención continuada, el Fondo deberá cubrir el tratamiento administrado por el proveedor o centro en los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el proveedor siguiera perteneciendo a la red. El Fondo cubrirá la atención continuada durante el menor de los siguientes plazos: noventa días después de que se notifique al afiliado su derecho a la atención continuada o hasta la fecha en que el afiliado deje de ser paciente de atención continuada con respecto al proveedor o centro concreto.

Los pacientes de atención continuada son pacientes que, con respecto a un proveedor o centro:

- están recibiendo tratamiento para una enfermedad compleja y grave;
- están siendo sometidos a un curso de atención institucional o de hospitalización;
- tienen programada una intervención quirúrgica no selectiva (incluidos los cuidados postoperatorios);
- están embarazadas y se someten a un tratamiento para el embarazo; o

- son enfermos terminales y están recibiendo tratamiento para dicha enfermedad.

Certificado de pre-Admisión hospitalaria

American Health Holding, Inc. (AHH) presta servicios de gestión de la utilización al Plan. AHH administra el programa de certificación de preadmisión hospitalaria del Fondo para todas las admisiones hospitalarias y tratamientos psiquiátricos, excepto los de determinadas admisiones relacionadas con servicios de emergencia. El objetivo de este programa es proteger su salud y la integridad financiera del Fondo evitando tratamientos innecesarios. AHH evaluará la idoneidad, la necesidad médica y la calidad de la atención prestada durante sus ingresos hospitalarios y para determinados procedimientos ambulatorios.

Procedimientos

Cuando necesite ser ingresado en el hospital para:

- Ingreso programado - Usted (o su proveedor) debe llamar a AHH antes de su ingreso.
- Admisión de emergencia - Usted o un miembro de su familia debe llamar a AHH dentro de las 48 horas de su admisión.

Contacte a AHH al **1-800-641-5566. Si no se pone en contacto con American Health Holding dentro de estos periodos de tiempo, los beneficios pagaderos bajo este Plan pueden no ser pagados.**

AHH determinará si una hospitalización es médicaamente necesaria. AHH NO certifica que usted sea elegible para los beneficios, que los procedimientos o la estancia en el Hospital sea un servicio cubierto bajo este Plan, o la cantidad de cobertura proporcionada por este Plan. Usted y su Proveedor deben verificar la elegibilidad y la cobertura con la oficina del Fondo.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES

Formularios de reclamación

Todas las reclamaciones de prestaciones complementarias, médicas o de la vista no cubiertas para jubilados deben enviarse al administrador de reclamaciones del Fondo como se indica a continuación:

**Plumbers and Pipefitters Medical Fund
c/o BeneSys, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
1-800-741-9249**

Los formularios de reclamación pueden recogerse en la oficina del Fondo, en la oficina del Sindicato local o se le enviarán por correo si lo solicita a BeneSys, Inc. Con frecuencia se necesitan los siguientes formularios:

Formulario de reclamación para hospital de grupo

Sólo se utiliza para hospitalización en un hospital, no para atención ambulatoria.

Estado del formulario de reclamación

Se utiliza para todos los cargos médicos incluidos:

- Atención hospitalaria ambulatoria;**
- Facturas del proveedor durante la hospitalización;**
- Médico, accidente suplementario;**
- Rayos X y beneficios físicamente o de laboratorio;**
- Gastos de atención oftalmológica (fuera de la red)**

Beneficio dental administrado por United Concordia

Los formularios de reclamación para los dentistas no participantes están disponibles en la oficina del Fondo o en el siguiente enlace Servicios en línea: <https://www.unitedconcordia.com/benefits/clients-corner/Plumbers-and-Pipefitters-Client-Corner- Dental-Benefits>

Beneficio de VSP	Póngase en contacto con el proveedor del VSP participante. Para obtener una lista de proveedores utilice el siguiente sitio web: www.vsp.com o llame al 1-800-877-7195
Formulario de reclamación de beneficios semanales por incapacidad	Se utiliza para presentar las reclamaciones de ingresos semanales por incapacidad no laboral (disponible en la oficina del Fondo). Envíe las reclamaciones de prestaciones semanales por incapacidad directamente a la oficina del Fondo
Formulario de prueba de reclamación de grupo ocupacional	Se utiliza para obtener beneficios suplementarios de Compensación para Trabajadores
Formulario de reembolso de receta	Se puede utilizar para presentar reclamaciones incurridas al obtener beneficios de recetas de farmacias que no tienen un acuerdo con este plan.

Instrucciones para completar los formularios

- Cada formulario lleva instrucciones impresas. Siga detenidamente las instrucciones. Los formularios de reclamación en los que falte información retrasarán el procedimiento y el pago.
- Las reclamaciones por prestaciones básicas, principales y de otro tipo deben presentarse en el plazo de un año a partir de la fecha de prestación del servicio. En caso de que no se presente una reclamación en el plazo de un año a partir de la fecha de prestación de un tratamiento o servicio cubierto, dicha reclamación no se tendrá en cuenta a efectos del pago de los beneficios.
- Los Fideicomisarios tienen el derecho y la oportunidad de hacer examinar a la persona que sea elegible para los beneficios cuando y con la frecuencia que razonablemente requieran durante la pendencia de la reclamación. Se podrá realizar una autopsia si no lo prohíbe la ley o una orden judicial.
- Si se necesita información o pruebas adicionales para determinar

si usted o sus dependientes tienen derecho a un beneficio bajo este Plan, deberá proporcionar dicha información junto con su autorización por escrito para que los Fideicomisarios se pongan en contacto con otras personas para solicitar información y obtener historiales médicos.

Para los beneficios de atención oftalmológica

- Cuando esté listo para obtener los servicios, llame a su doctor participante del VSP. Si necesita localizar a un doctor de VSP, llame a Vision Service Plan al (800) 877-7195 o visite el sitio Web en www.vsp.com.
- Cuando concierte una cita, identifíquese como miembro de VSP. El doctor participante también necesitará el número de identificación del miembro cubierto (su número del Seguro Social), y el nombre del grupo del miembro cubierto (Plumbers and Pipefitters Medical Fund). El doctor participante se pondrá en contacto con el VSP para verificar su elegibilidad y la cobertura del Plan. También obtendrá la autorización para los servicios y materiales. Si usted no es elegible, el doctor del VSP se lo notificará.
- Si usted o sus dependientes consultan a un doctor no participante, deberá completar y enviar un formulario regular de reclamación médica. Envíe por correo la factura detallada y el formulario de reclamación a:

VISION SERVICE PLAN
P.O. Box 2487
Columbus, OH 43216-2487
Teléfono (800) 877-7195

Tenga en cuenta que todas las reclamaciones de reembolso deben presentarse en un plazo de 6 meses a partir de la fecha en que se completaron los servicios.

Para los beneficios de medicamentos recetados

Periódicamente se le enviará una tarjeta de plástico de identificación de medicamentos recetados que será válida durante el periodo indicado en la tarjeta.

Cuando usted o sus dependientes necesiten que les surtan una receta, debería considerar la posibilidad de acudir a una farmacia que acepte la tarjeta Express Scripts. La mayoría de las cadenas de farmacias, así como la mayoría de las farmacias independientes, aceptan la tarjeta Express Scripts.

Si acude a una farmacia participante, deberá presentar al farmacéutico su tarjeta de Express Scripts junto con la receta que vaya a surtir. El farmacéutico tendrá todos los formularios necesarios para ser completados y pedirá la edad y la relación del paciente con usted y pedirá que la persona que recoja la receta firme el formulario de reclamación. Independientemente del costo total de la receta, usted sólo paga \$5.00 por cada receta original genérica o reabastecimiento y \$15.00 por cada receta original del Formulario o reabastecimiento y \$30.00 por cada receta de marca Fueras del Formulario o reabastecimiento. Su Plan paga todos los costos adicionales. Los cargos por recetas obtenidas en el Centro de Salud y Bienestar son gratuitos.

Una tarjeta Express Scripts cubre a todos los miembros elegibles de una familia y sólo puede ser utilizada por las personas cubiertas por el programa. El uso no autorizado o fraudulento de su tarjeta Express Scripts para obtener medicamentos recetados tiene como consecuencia la cancelación inmediata de su beneficio de medicamentos recetados.

Si utiliza una farmacia fuera de la red o no utiliza su tarjeta de medicamentos recetados en una farmacia de la red, tendrá que pagar por adelantado el costo total del medicamento. Sin embargo, puede presentar un formulario de reclamación de medicamentos con receta, junto con el recibo de la misma, a Express Scripts para su reembolso. Express Scripts le reembolsará la cantidad del precio con descuento de la red, menos el copago que le corresponda. Recuerde que el precio con descuento de la red suele ser inferior al precio completo de venta al público, por lo que su costo de desembolso directo será mayor en las farmacias fuera de la red (o cuando no utilice su tarjeta de medicamentos recetados).

Para los beneficios dentales

Las reclamaciones de beneficios dentales deben enviarse a United Concordia. Los dentistas participantes deben enviar los formularios de reclamación a United Concordia en su nombre. Puede enviar los formularios de reclamación dental de los dentistas no participantes a:

United Concordia Dental Companies, Inc.
P.O. Box 69421
Harrisburg, PA 17106-9421

Para los beneficios por muerte y muerte accidental

En caso de muerte, deberá presentarse una copia fotostática del acta de defunción. En caso de muerte accidental, deberá presentarse una prueba relativa a la causa de la muerte.

Para los beneficios suplementarios del seguro de accidentes de trabajo

Debe obtenerse en la oficina del Fondo un justificante de reclamación del grupo ocupacional y un estado del proveedor. El empleado cubierto y el proveedor deben completar el formulario de reclamación tal y como se indica en el mismo y remitirlo a la oficina del Fondo. A continuación, la oficina del Fondo remitirá el formulario de reclamación completado a la compañía de seguros para su procedimiento. Estos beneficios se pagan al menos una vez al mes y las cantidades pendientes de pago al final del período máximo de pago, tal y como se indica en el Esquema de beneficios, se pagarán en ese momento en una sola suma.

Por lo general, los beneficios de este Plan se pagan directamente a usted o a su cónyuge. No obstante, puede solicitar que los pagos se efectúen a la persona que le prestó los servicios o a sus dependientes en determinadas circunstancias.

Reclamaciones de medicamentos médicos y de receta de Medicare Advantage

Si usted es un participante elegible para Medicare cubierto por el Plan MAPD, las reclamaciones deberán presentarse al Plan MAPD para su procedimiento. Si el Plan MAPD deniega alguna reclamación en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a solicitar la revisión de dicha decisión de conformidad con los términos del Plan MAPD. Llame al Servicio de Atención al Cliente de Humana Group Medicare al 800-733-9064 para obtener más información y asistencia.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y APELACIÓN

Para los beneficios médicos colectivos de los empleados cubiertos, jubilados no elegibles a Medicare y sus dependientes

Para presentar una reclamación de prestaciones médicas, odontológicas, oftalmológicas u otras prestaciones médicas grupales, debe seguir todos los procedimientos indicados en la sección "Formularios de reclamación" de esta Descripción resumida del Plan. Además, se aplican los siguientes procedimientos.

Definiciones aplicables

Como se describe a continuación, los procedimientos de notificación tras una determinación inicial de beneficios difieren dependiendo de si su reclamación implica "atención urgente", es una "reclamación previa al servicio" o es una "reclamación posterior al servicio." Estos y otros términos importantes se definen en esta subsección.

a. Reclamación de atención urgente

Se trata de una reclamación que (1) implica una atención médica de emergencia necesaria inmediatamente para evitar un grave peligro para su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones; o (2), en opinión de un proveedor con conocimiento de su estado de salud, le sometería a un dolor intenso si su reclamación no se tramitara en el plazo de "atención urgente" descrito a continuación. Una persona que actúe en nombre del plan determinará si su reclamación es de atención urgente, aplicando los conocimientos de un lego medio en materia de salud y medicina. Si un médico conocedor de su estado de salud determina que su reclamación es una reclamación de atención urgente, el Plan tratará su reclamación como una reclamación de atención urgente.

b. Reclamación previa al servicio

Se trata de cualquier reclamación con respecto a la cual los términos del Plan condicionan la recepción de un beneficio, en su totalidad o en parte, a la aprobación del beneficio antes de obtener la atención médica.

c. Reclamación posterior al servicio

Se trata de cualquier reclamación de un beneficio que no sea una reclamación previa a la prestación. Con este tipo de reclamación, usted solicita el reembolso después de que ya se haya prestado la atención médica.

d. Reclamación de cuidados concurrentes

Se trata de cualquier reclamación para prolongar el curso de un tratamiento más allá del periodo de tiempo o del número de tratamientos que el Plan ya ha aprobado como un curso de tratamiento en curso que se proporcionará durante un periodo de tiempo o número de tratamientos. Una reclamación de atención concurrente puede ser una reclamación de atención urgente, una reclamación previa al servicio o una reclamación posterior al servicio.

e. Reclamaciones incompletas

Una reclamación se considerará incompleta si usted no proporciona información suficiente para que el Plan pueda determinar si su reclamación está cubierta por el Plan y en qué medida. Esto incluye el hecho de que no comunique a la persona que habitualmente se ocupa de los asuntos relacionados con los beneficios para el Fondo su nombre, sus afecciones o síntomas médicos específicos y el tratamiento o servicio concreto para el que solicita el pago de los beneficios.

Notificación de la determinación inicial del beneficio

a. Reclamaciones de atención urgente

El Fondo le notificará si su reclamación ha sido aprobada o denegada lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de recibirla, salvo que su reclamación esté incompleta. El Fondo podrá notificarle lo antes posible si su reclamación está incompleta, pero no más de 24 horas después de recibirla. El Fondo podrá notificárselo verbalmente salvo que usted solicite una notificación por escrito. Dispondrá entonces de 48 horas para facilitar la información especificada. Una vez recibida esta información adicional, el Fondo le notificará su determinación lo antes posible, dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la información o al final del plazo en el que debe proporcionarla, lo que ocurra primero.

b. Reclamación previa al servicio

En el caso de las reclamaciones previas al servicio para las que deba ponerse en contacto con el Fondo antes de obtener asistencia médica, el Fondo le notificará si su reclamación ha sido aprobada o denegada en un plazo razonable, pero a más tardar 15 días después de recibir su reclamación. Este plazo podrá prolongarse 15 días más si por circunstancias ajenas al Fondo se necesita más tiempo para tramitar su reclamación. Si es necesaria una extensión, el Fondo le notificará, antes de que expire el plazo inicial de 15 días, las circunstancias que

requieren una extensión y la fecha en la que el Fondo espera tomar una decisión. Si el Fondo necesita una extensión porque usted ha presentado una reclamación incompleta, el Fondo se lo notificará en un plazo de 5 días a partir de la recepción de su reclamación. La notificación describirá la información necesaria para tomar una decisión. El Fondo podrá notificárselo verbalmente, salvo que usted solicite una notificación por escrito. Dispondrá de 45 días tras recibir esta notificación para facilitar la información especificada. Si no presenta la información necesaria para que el Fondo tome una decisión sobre su reclamación, el plazo para determinar el beneficio se suspenderá desde la fecha en que el Fondo le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

En el caso de las reclamaciones previas al servicio para las que deba ponerse en contacto con American Health Holdings, Inc. (AHH) antes de obtener atención médica, AHH, en lugar del Fondo, le notificará si su reclamación ha sido aprobada o denegada, de conformidad con los plazos anteriores aplicables a las reclamaciones previas al servicio.

c. Reclamaciones posteriores al servicio

El Fondo le notificará su decisión en un plazo razonable, pero a más tardar 30 días después de la recepción de su reclamación. Este plazo podrá prolongarse 15 días más si, por circunstancias especiales ajenas al Fondo, se necesita más tiempo para tramitar su reclamación. Si es necesaria una extensión, el Fondo le notificará, antes de que expire el plazo inicial de 30 días, las circunstancias que requieren una extensión y la fecha en la que el Fondo espera tomar una decisión. Si el Fondo necesita una extensión porque usted no ha presentado la información necesaria para decidir sobre la reclamación, la notificación también describirá la información que necesita para tomar una decisión. Tendrá hasta 45 días después de recibir esta notificación para proporcionar la información especificada. Si no presenta la información necesaria para que el Fondo decida sobre una reclamación, el plazo para tomar una decisión sobre el beneficio se suspenderá desde la fecha en que el Fondo le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

d. Atención concurrente

Si el Fondo ha aprobado que un tratamiento se prolongue durante un periodo de tiempo, le notificará con antelación cualquier reducción o terminación del mismo. Si presenta una reclamación para prolongar un tratamiento y dicha reclamación implica atención urgente, el Fondo le notificará su decisión en las 24 horas siguientes a la recepción de su

reclamación, siempre que el Fondo reciba su reclamación al menos 24 horas antes de la finalización del tratamiento. Si la reclamación no implica atención urgente, la decisión se tomará en el plazo adecuado, dependiendo de si se trata de una reclamación previa o posterior al servicio.

e. Rescisión

Una rescisión es una cancelación o terminación retroactiva de su cobertura por un motivo que no sea fraude, tergiversación intencionada de un hecho material o impago de una prima requerida. La terminación de la cobertura por falta de pago de una prima requerida no es una rescisión. Además, la terminación de la cobertura retroactiva a la fecha del divorcio no es una rescisión cuando no se ha notificado el divorcio a la oficina del Fondo y no se ha elegido COBRA y/o usted o su ex cónyuge no han pagado la totalidad de la prima de COBRA. Una rescisión es una decisión sobre reclamaciones de beneficios que tiene derecho a apelar. Si su cobertura fue rescindida por un motivo que no sea fraude, tergiversación intencionada de hechos materiales o falta de pago de una prima, su cobertura bajo el Plan continuará durante el período de apelación. Tiene derecho a una revisión externa de las decisiones relativas a la rescisión retroactiva de su cobertura.

Denegación de una reclamación de beneficios

Si se deniega, total o parcialmente, alguna de las reclamaciones de beneficios descritas anteriormente, el Fondo (o una persona o entidad que actúe en nombre del Fondo) le proporcionará una notificación escrita o electrónica en la que se indique lo siguiente:

Información para identificar la reclamación en cuestión, incluyendo (si procede):

- La fecha de prestación de los beneficios denegados;
- El proveedor de atención médica;
- La cantidad de la reclamación;
- Notificación del derecho a recibir el código de diagnóstico, el código de tratamiento y una explicación de su significado si lo solicita;

Las razones específicas de la determinación, incluyendo:

- Si procede, el código de denegación y su significado;
- Las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;

- Una descripción de cualquier nivel utilizado para denegar la reclamación;
- Una copia de cualquier norma o directriz interna que no sea una estipulación del Plan utilizada para tomar la determinación, o un estado que le indique que puede recibir una copia gratuita de dicha norma o directriz si lo solicita;
- Si la denegación se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión similar, una explicación del razonamiento científico o clínico que ha llevado a la denegación o un estado en el que se le indique que puede recibir una copia de dicha explicación si lo solicita;
- Una declaración sobre su derecho a recibir acceso gratuito y razonable y copias de cualquier documento, registro y otra información relevante para su reclamación, previa solicitud;
- Una descripción de su derecho a apelar la decisión, incluido su derecho a presentar una apelación interna ante los fideicomisarios, su derecho a una revisión externa y el derecho a iniciar una acción legal civil en virtud de la sección 502 de ERISA;
- La información de contacto de cualquier oficina aplicable que preste servicios de asistencia al consumidor de seguros médicos o de defensor del pueblo;
- En el caso de una determinación adversa de beneficios relativa a una reclamación de atención urgente, la notificación también describirá los plazos reducidos de revisión de las reclamaciones de atención urgente. Además, en el caso de una reclamación de atención urgente, la notificación se le podrá proporcionar verbalmente, dentro de los plazos descritos anteriormente. Se le proporcionará una notificación por escrito en un plazo de 3 días a partir de la notificación verbal.
- Una declaración sobre la disponibilidad de la notificación en un idioma que no sea el inglés, si se determina que dicha notificación es requerida por la Ley de Atención Médica Asequible debido a que hay un 10% o más de personas que no hablan inglés ubicadas en un condado que es atendido por el Plan.

APELACIONES

Apelación interna

Si le niegan, total o parcialmente, su reclamación de prestaciones médicas, dentales, oftalmológicas u otras prestaciones sanitarias colectivas, puede solicitar a la Mesa Directiva que revise la denegación de su prestación. Deberá presentar su apelación por escrito en un plazo de 180 días tras recibir la notificación de denegación.

En el caso de una determinación adversa de beneficios de una reclamación dental, usted tiene derecho a una revisión de esa determinación por parte del Departamento de Atención al Cliente de United Concordia. Si no está de acuerdo con la decisión tomada por el Departamento de Atención al Cliente de United Concordia, puede solicitar a la Mesa Directiva que revise la denegación de su beneficio como se describe a continuación.

En el caso de una reclamación de atención concurrente solamente, el Fondo le notificará con suficiente antelación a la reducción o terminación del tratamiento, que puede ser un período menor de 180 días, para permitirle apelar y obtener una revisión antes de que se reduzca o termine el beneficio. Si no presenta una apelación a tiempo, renunciará por completo a su derecho de apelación y la decisión del Fondo será definitiva y vinculante.

Al recibir una determinación adversa de beneficios, tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable a la información pertinente relativa a la determinación de una reclamación, así como copias de la misma.

Su apelación por escrito deberá indicar su nombre y dirección, la fecha de la denegación, el hecho de que apela la denegación y los motivos de su apelación. También deberá presentar todos los documentos que apoyen su reclamación. La revisión de su reclamación tendrá en cuenta todos los comentarios y documentos que apoyen su postura, incluso si el Fondo dispuso de esta información al tomar la decisión inicial (o, en su caso, en el primer nivel de apelación). Esto no significa que esté obligado a citar todas las estipulaciones del Plan que sean de aplicación ni a presentar argumentos “jurídicos”; sin embargo, debe exponer claramente por qué cree que tiene derecho al beneficio que reclama. Los Fideicomisarios pueden considerar mejor su posición si comprenden claramente sus reclamaciones, razones y/u objeciones.

La revisión en apelación será hecha por la Mesa Directiva o un subcomité de la misma, ninguno de los cuales decidió la reclamación inicial de beneficios o es subordinado de cualquier individuo que decidió la reclamación inicial. La Mesa Directiva o el subcomité que decida la apelación no dará ninguna deferencia a la denegación inicial o a la determinación adversa o, en su caso, al primer nivel de apelación. En el caso de una reclamación basada total o parcialmente en un dictamen médico, se consultará a un profesional de la atención médica que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina y que no haya sido consultado en relación con la reclamación inicial. El/los experto(s) médico(s) o profesional(es) cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la determinación adversa será(n) identificado(s) previa solicitud.

Además, en el caso de una reclamación de atención urgente, puede solicitar la revisión oralmente o por escrito, y las comunicaciones entre usted y el Fondo pueden realizarse por teléfono, fax u otros medios similares.

Notificación de la decisión sobre la apelación

a. Plazo de notificación

1. Reclamación de atención urgente

El Fondo le notificará su decisión sobre una reclamación de atención urgente lo antes posible, pero a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud de revisión.

2. Reclamación previa al servicio

El Fondo le notificará su decisión sobre una reclamación previa al servicio en un plazo razonable, pero a más tardar 30 días después de recibir su solicitud de revisión.

3. Reclamación posterior al servicio

En el caso de una reclamación posterior al servicio, los Fideicomisarios o un Comité designado de los Fideicomisarios revisarán su apelación en la reunión trimestral inmediatamente posterior a la recepción de su apelación, salvo que ésta haya sido recibida por la oficina del Fondo en los 30 días siguientes a la fecha de la reunión. En este caso, su apelación se revisará en la segunda reunión trimestral posterior a la recepción de la apelación. Si lo desea, puede ponerse en contacto con la oficina del Fondo respecto a la fecha de la próxima reunión para que pueda presentar su apelación a tiempo para ser escuchado en dicha reunión. Si circunstancias especiales exigen una nueva extensión del plazo de revisión por parte de los Fideicomisarios, se tomará una decisión a más tardar en la tercera reunión de los Fideicomisarios posterior a la recepción de su apelación. Se le notificarán por escrito antes de la extensión las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que los Fideicomisarios esperan tomar una decisión. Recibirá una notificación escrita o electrónica de la decisión de los Fideicomisarios tras su revisión, en un plazo de 5 días a partir de su decisión.

4. Nueva información o nueva base para la decisión

Antes de emitir la decisión de apelación del Fondo, si los Fideicomisarios se han basado o han creado alguna prueba nueva o adicional para revisar la apelación, o tienen previsto basarse en un fundamento nuevo o adicional, el Fondo le proporcionará, sin cargo

alguno, las nuevas pruebas o fundamentos antes de emitir su decisión de apelación para que usted tenga la oportunidad de responder a las nuevas pruebas y/o fundamentos antes de que los Fideicomisarios le emitan una decisión interna definitiva. En estos casos, si el Plan recibe información nueva o adicional tan tarde que usted tendría menos de 15 días para responder antes de que los Fideicomisarios emitan su decisión sobre la apelación, el plazo para decidir sobre su apelación se prorrogará 15 días o, en el caso de apelaciones de reclamaciones posteriores a la prestación del servicio, hasta la siguiente reunión trimestral de los Fideicomisarios. Previa solicitud, este periodo de espera podrá prolongarse durante un tiempo razonable a discreción de los Fideicomisarios.

5. Contenido de la notificación

El Fondo le notificará por escrito o por vía electrónica su decisión sobre la revisión. Si se deniega el beneficio en revisión, la notificación incluirá lo siguiente:

- Información para identificar la reclamación en cuestión, incluyendo (si procede):
 - La fecha de servicio de los beneficios denegados
 - El proveedor de atención médica
 - La cantidad de la reclamación
 - Notificación del derecho a recibir el código de diagnóstico, el código de tratamiento y una explicación de su significado previa solicitud
- Las razones específicas de la determinación, incluyendo:
 - Las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la determinación
 - Una descripción de cualquier nivel utilizado para denegar una reclamación
 - Una copia de cualquier norma o directriz interna que no sea una estipulación del plan utilizada para tomar la determinación, o un estado que le indique que puede recibir una copia gratuita de dicha norma o directriz si lo solicita
 - Una identificación de cualquier experto cuyo asesoramiento se haya obtenido para tomar la determinación, aunque no se haya confiado en dicho asesoramiento
 - Si la denegación se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión similar, una explicación del razonamiento científico o clínico que condujo a la denegación o un estado en el que se le indique que puede recibir una copia de esta explicación previa solicitud

- Una explicación de la decisión de los Fideicomisarios de aprobar o denegar la apelación.
- Una declaración de su derecho a solicitar una revisión externa para las determinaciones que impliquen un juicio médico o rescisiones, o a interponer una demanda civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA.
- Información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros médicos o servicios de defensor del pueblo disponibles.
- Una declaración sobre la disponibilidad de la notificación en un idioma distinto al inglés, si se determina que dicha declaración es requerida por la Ley de Asistencia Asequible debido a que hay un 10% o más de personas que no hablan inglés ubicadas en un condado que es atendido por el Plan.

Revisión externa

En general

Para las apelaciones que implican un fallo médico o la rescisión de la cobertura, y las apelaciones que implican la consideración de si el Fondo está cumpliendo con las protecciones de facturación de saldos y compartición de costos establecidas en la Ley Sin Sorpresas, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa de la decisión final de apelación de los Fideicomisarios. La solicitud de revisión externa deberá presentarse en un plazo máximo de cuatro meses a partir de la fecha en que reciba la decisión final adversa sobre su apelación o, si no hay una fecha correspondiente que sea cuatro meses posterior a esa fecha, entonces el primer día del quinto mes siguiente a su recepción. Si la última fecha de presentación cae en fin de semana o en días festivos federales, entonces la última fecha de presentación se prolongará hasta el siguiente día laborable.

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud de revisión externa, el Fondo completará una revisión preliminar para determinar:

- Si usted está o estuvo cubierto por el Fondo durante el tiempo pertinente relacionado con la determinación adversa de beneficios;
- Si la determinación adversa del beneficio se refiere a si usted es elegible para la cobertura del Fondo; y
- Si ha agotado el procedimiento interno de apelación, o si no está obligado a agotar el procedimiento interno de apelación (ver a continuación);

- Si ha proporcionado la información necesaria para que el Fondo tramite una revisión externa.

En el plazo de un día laborable tras completar esta revisión, el Fondo le proporcionará una notificación por escrito en la que se le indicará si su apelación es elegible para una revisión externa. Si no es elegible, la notificación le explicará los motivos y le proporcionará información para ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados en el 1-866-444-3272 (EBSA). Si su solicitud no estaba completa, la notificación describirá qué información o materiales adicionales son necesarios para completar la solicitud. Dispondrá del plazo más largo entre el resto del periodo de presentación de cuatro meses o 48 horas para proporcionar la información necesaria.

Si su reclamación es elegible para una revisión externa, el Fondo asignará su reclamación a una Organización de Revisión Independiente ("IRO", por sus siglas en inglés) acreditada de forma que se garantice que la revisión es independiente e imparcial.

Recibirá una notificación de la IRO cuando su reclamación haya sido asignada y dispondrá de diez días hábiles para proporcionar cualquier información adicional por escrito a la IRO para que la tenga en cuenta junto con su reclamación. Cualquier información que proporcione será remitida al Fondo en el plazo de un día laborable.

El Fondo proporcionará toda la información necesaria a la IRO en un plazo de cinco días hábiles a partir de la asignación de su reclamación.

Mientras la IRO revisa su reclamación, el Fondo puede decidir de forma independiente anular la determinación adversa del beneficio. En ese caso, el Fondo terminará la revisión externa en el plazo de un día laborable a partir de su decisión de revocación.

Al revisar su reclamación, la IRO examinará toda la información y documentos disponibles sin estar vinculada por ninguna decisión previa del Fondo. La IRO podrá considerar, cuando sea adecuado y esté disponible:

- Su historial médico;
- La recomendación del profesional sanitario que le atiende;
- Los informes de otros profesionales de la atención médica y los documentos proporcionados por el Fondo, por usted o por su proveedor de atención médica;
- Los términos de la Descripción resumida del Plan (SPD) y otros documentos rectores del Fondo;
- Las directrices prácticas adecuadas desarrolladas por el gobierno u otras asociaciones profesionales;

- Cualquier criterio de revisión clínica desarrollado por el Fondo, salvo que sea incoherente con este SPD o la legislación aplicable;
- La opinión de los revisores clínicos de la IRO.

La IRO deberá notificar por escrito su decisión final en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la solicitud de revisión externa, tanto a usted como al Fondo. La notificación incluirá:

- Una descripción del motivo de la solicitud de revisión externa, incluyendo información para identificar la reclamación como la fecha del servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad y el motivo de la denegación anterior;
- La fecha en que la IRO recibió el encargo y la fecha de su decisión;
- Referencias a las pruebas o documentación que la IRO tuvo en cuenta para tomar su decisión;
- Una discusión de la razón o razones principales de la decisión, incluyendo su justificación y los niveles basados en pruebas en los que se basó;
- Una declaración de que la determinación es vinculante, salvo en la medida en que pueda disponerse de otros recursos en virtud de la legislación estatal o federal;
- Una declaración de que usted puede tener derecho a una revisión
- La información de contacto actual de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo establecida en virtud de la Sección 2793 de la Ley de Servicios de Salud Pública.

La IRO mantendrá un registro de su reclamación durante seis años, que usted podrá examinar si lo solicita.

Si la IRO toma una decisión a su favor, el Fondo le proporcionará inmediatamente la cobertura o el pago solicitados en la reclamación.

Revisión externa acelerada

Si su reclamación está relacionada con una enfermedad para la que el plazo normal para una apelación o revisión externa pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar una revisión externa acelerada.

Si el plazo para recibir una apelación interna acelerada y después una revisión externa pusiera en peligro su salud, tal y como se ha descrito anteriormente, puede solicitar una revisión externa acelerada

inmediatamente después de una determinación inicial adversa del beneficio.

Si el plazo para recibir una apelación externa ordinaria después de una apelación interna definitiva pusiera en peligro su salud, tal y como se ha descrito anteriormente, puede solicitar una revisión externa acelerada después de una determinación adversa definitiva de beneficios.

Una revisión externa acelerada seguirá el mismo procedimiento descrito para las revisiones externas ordinarias, pero en un plazo acelerado como se indica a continuación:

- El Fondo realizará inmediatamente una revisión preliminar de su reclamación y le proporcionará inmediatamente la notificación sobre su elegibilidad.
- Si es elegible para la revisión externa, el Fondo le asignará lo antes posible una IRO y le proporcionará toda la documentación necesaria, ya sea por vía electrónica, por teléfono, por fax o por cualquier otro método, lo antes posible.
- La IRO deberá adoptar su decisión lo antes posible, pero en ningún caso más de 72 horas después de recibir la revisión. La notificación inicial podrá facilitarse oralmente en lugar de por escrito, en cuyo caso la IRO deberá facilitar una notificación por escrito en un plazo de 48 horas tras facilitar su notificación inicial.

Consideración de agotamiento de las apelaciones

Si el Fondo no sigue alguno de los procedimientos de reclamación y apelación aquí descritos, como por ejemplo no proporcionar la notificación dentro de los plazos descritos, se considerará que ha agotado el proceso interno de apelaciones a efectos de solicitar una revisión externa o emprender acciones legales.

Sin embargo, si el fallo del Fondo es menor, no afecta negativamente a su reclamación, es atribuible a una causa justificada o a cuestiones ajenas al control del Fondo, se produce en el contexto de un intercambio de información de buena fe en curso y no refleja una pauta o práctica de incumplimiento de los requisitos de apelación por parte del Fondo, no se considerará que ha agotado el procedimiento interno. En un plazo de 10 días a partir de su solicitud por escrito de una revisión externa inmediata debido a que el Fondo no ha seguido sus procedimientos de apelación, recibirá una notificación por escrito del Fondo si éste determina que sus acciones entran dentro de esta excepción, en la que se le explicará, por qué se aplica dicha excepción. Si su solicitud de revisión externa inmediata es rechazada en virtud de esta excepción, el Fondo le proporcionará una notificación sobre su oportunidad de volver a

presentar su reclamación y seguir el procedimiento interno de apelaciones habitual.

Derecho a nombrar un representante autorizado para apelaciones

Puede designar a un representante autorizado para tramitar su apelación ante el Fondo.

La decisión de los Fideicomisarios sobre la apelación es definitiva y vinculante

La decisión de la Mesa Directiva sobre la revisión será definitiva y vinculante para todas las partes, incluida cualquier persona que reclame un beneficio en su nombre, excepto en el caso de una revisión externa según lo dispuesto anteriormente. Los Fideicomisarios tienen plena discreción o autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con los beneficios proporcionados en virtud de este Plan, incluidas, entre otras, todas las cuestiones de cobertura, elegibilidad y métodos para proporcionar o gestionar los beneficios. Si los Fideicomisarios deniegan su apelación a una reclamación y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de los Fideicomisarios estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar únicamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

En caso de una revisión externa, en la que el revisor confirme una denegación de cobertura, los fideicomisarios podrán seguir decidiendo proporcionar la cobertura a su discreción.

RECLAMACIONES Y APELACIONES DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES, BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD Y BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

General

La siguiente sección se aplica a las reclamaciones de beneficios (y apelaciones de las mismas) que implican una determinación de elegibilidad basada en la incapacidad temporal o total, incluidas las prestaciones complementarias de compensación para trabajadores o las prestaciones semanales por accidente y enfermedad ("prestaciones complementarias"), la cobertura ampliada para ex empleados con incapacidad total o temporal o la cobertura para dependientes mayores de 26 años basada en la incapacidad. Todos estos tipos de reclamaciones se denominan en esta sección Reclamaciones relacionadas con la incapacidad.

Notificación de la determinación inicial del beneficio

Para presentar una reclamación de beneficios, debe seguir todos los

procedimientos indicados en la sección “Formularios de reclamación” de este folleto. El Fondo decidirá sobre las reclamaciones relacionadas con la incapacidad en un plazo razonable, pero a más tardar 45 días a partir de la fecha de recepción de la reclamación. El período inicial de 45 días podrá prolongarse hasta dos períodos adicionales de 30 días por circunstancias ajenas al Fondo si la oficina del Fondo le notifica las extensiones antes de que expiren el período inicial de 45 días y el primer período de extensión de 30 días, respectivamente. Toda notificación de prórroga indicará las circunstancias que requieren una prórroga, la fecha en la que se espera alcanzar una decisión, los niveles en los que se basa el derecho al beneficio, las cuestiones sin resolver que requieren una prórroga y la información adicional necesaria para resolver dichas cuestiones. Dispone de 45 días tras recibir la notificación de extensión para proporcionar información adicional o completar una reclamación. Si no presenta la información necesaria para que el Fondo pueda decidir sobre una reclamación, el plazo para determinar el beneficio se suspenderá desde la fecha en que el Fondo le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud de información adicional.

Denegación de una reclamación de beneficios

Si su reclamación por incapacidad se deniega, total o parcialmente, la oficina del Fondo le proporcionará una notificación escrita o electrónica en la que se expongan los motivos de la denegación, se haga referencia a las estipulaciones, normas, directrices, protocolos u otros criterios similares pertinentes del Plan que se hayan utilizado como base para la denegación, se describa cualquier material o información adicional que pueda ayudar a su reclamación, se explique por qué es necesaria dicha información y se describan los procedimientos de revisión del Plan y los plazos aplicables, incluido su derecho a interponer una demanda civil en virtud de la sección 502(a) de ERISA en caso de denegación de los beneficios. Además, la oficina del Fondo le proporcionará una copia de una norma interna, directriz, protocolo o criterio similar si se basó en alguno para tomar la determinación adversa o, alternativamente, un estado en el que se indique que dicha norma, directriz, protocolo o criterio similar no existe. Si la determinación adversa se basó en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, la notificación de denegación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación o un estado de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente previa solicitud. La notificación también indicará que usted tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso y copias de todos los documentos, registros y demás información que sea relevante para su reclamación. Si procede, la oficina del Fondo también le comunicará los motivos por los que el Plan no está de acuerdo o no sigue (i) las opiniones presentadas

por los profesionales sanitarios y/o vocacionales que le trajeron y le evaluaron; (ii) las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento obtuvo el Plan en relación con la determinación del beneficio, independientemente de si se basó en dicho asesoramiento para tomar la determinación del beneficio; o (iii) una determinación de incapacidad realizada por la Administración del Seguro Social. Una vez que reciba la decisión, podrá considerar la reclamación aprobada o denegada. Si la reclamación es denegada, puede tomar medidas para apelar la denegación.

Apelaciones

General

Si su reclamación por incapacidad es denegada, puede solicitar a la Mesa Directiva que revise la denegación de su beneficio presentando una apelación por escrito a la Mesa Directiva. Deberá presentar su apelación por escrito en un plazo de 180 días tras recibir la notificación de denegación. Si no presenta una apelación a tiempo, renunciará por completo a su derecho de apelación y la decisión del administrador del plan será definitiva y vinculante.

Al recibir una determinación adversa de beneficios, tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo alguno, acceso razonable y copias de la información pertinente relativa a la determinación de una reclamación.

Su apelación por escrito deberá indicar su nombre y dirección, la fecha de la denegación, el hecho de que apela la denegación y los motivos de su apelación. Deberá incluir documentos que respalden su reclamación. La revisión de su reclamación tendrá en cuenta todos los comentarios y documentos que apoyen su postura, incluso si el Fondo no dispuso de esta información al tomar la decisión inicial. Esto no significa que esté obligado a citar todas las estipulaciones del Plan que sean de aplicación ni a presentar argumentos “jurídicos”; sin embargo, debe exponer claramente por qué cree que tiene derecho al beneficio que reclama o por qué no está de acuerdo con una póliza, determinación o acción del Fondo. Los Fideicomisarios pueden considerar mejor su posición si comprenden claramente sus reclamaciones, razones y/u objeciones.

La revisión en apelación será hecha por la Mesa Directiva o subcomité de la misma, ninguno de los cuales decidió la reclamación inicial de beneficios o es el subordinado de cualquier individuo que decidió la reclamación inicial. La Mesa Directiva o el subcomité que decida la apelación no dará ninguna deferencia a la denegación inicial o a la determinación adversa. En el caso de una reclamación basada total o parcialmente en un dictamen médico, se consultará a un profesional de la atención médica que cuente con la capacitación y la experiencia

adecuadas en el campo de la medicina y que no haya sido consultado en relación con la reclamación inicial. El experto o expertos médicos o profesionales cuyo asesoramiento haya obtenido el Plan en relación con la determinación adversa será identificado previa solicitud. Además, se le proporcionará, de forma automática y gratuita, cualquier prueba nueva o adicional considerada, en la que se haya basado o que haya sido generada por, o bajo la dirección de, el Fondo, los Fideicomisarios o un subcomité del mismo, o cualquier otra persona que revise su apelación. Dicha información se le facilitará lo antes posible y con tiempo suficiente para darle una oportunidad razonable de responder a dicha información nueva o adicional. Además, se le proporcionará la misma oportunidad antes de que pueda dictarse una resolución adversa sobre el beneficio en apelación basada en un fundamento nuevo o adicional.

Notificación de la decisión sobre la apelación

a. Plazo de decisión y notificación

Los Fideicomisarios o un Comité designado de los Fideicomisarios revisarán su apelación en su reunión trimestral inmediatamente posterior a la recepción de su apelación, a menos que su apelación haya sido recibida por la oficina del Fondo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la reunión. En este caso, su apelación se recibirá en la segunda reunión trimestral posterior a la recepción de la apelación. Si lo desea, puede ponerse en contacto con la oficina del Fondo respecto a la fecha de la próxima reunión para que pueda presentar su apelación a tiempo para ser escuchado en dicha reunión. Si las circunstancias especiales exigen una nueva extensión del plazo de revisión para los Fideicomisarios, la determinación del beneficio se emitirá a más tardar en la tercera reunión de los Fideicomisarios posterior a la recepción de su apelación. Se le notificarán por escrito antes de la extensión las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que los Fideicomisarios esperan tomar una decisión. Recibirá una notificación escrita o electrónica de la decisión de los Fideicomisarios tras su revisión, en un plazo de cinco días a partir de su decisión.

b. Contenido de la notificación

Si se deniega el beneficio en revisión, esta notificación indicará el motivo o motivos específicos de la determinación adversa, las estipulaciones específicas del plan en las que se basa la determinación del beneficio y una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de la información pertinente relativa a la determinación de una reclamación y una declaración de su derecho a interponer una demanda civil en virtud de la sección 502(a) de ERISA. Además, la oficina del Fondo le proporcionará una copia de una norma interna, directriz, protocolo o criterio similar si se basó en alguno

para tomar la determinación adversa o, alternativamente, un estado de que dicha norma, directriz, protocolo o criterio similar no existe. Si la determinación adversa se basó en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, la notificación de denegación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación o un estado de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud. La decisión de la Mesa Directiva sobre la revisión será definitiva y vinculante para todas las partes, incluida cualquier persona que reclame un beneficio en su nombre. Si procede, la notificación también contendrá los fundamentos del Fondo para estar en desacuerdo o no seguir (i) las opiniones presentadas por los profesionales de atención médica y/o profesionales vocacionales que lo evaluaron; (ii) las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento obtuvo el Plan en relación con la determinación del beneficio, independientemente de si se confió en dicho asesoramiento para tomar la determinación del beneficio; o (iii) una determinación de incapacidad tomada por la Administración del Seguro Social.

Las notificaciones relativas a la denegación de una reclamación inicial o a una apelación incluirán una declaración sobre su derecho a obtener las notificaciones pertinentes de un modo adecuado desde el punto de vista cultural y lingüístico.

La decisión de los Fideicomisarios sobre la apelación es definitiva y vinculante

Los Fideicomisarios tienen plena discreción o autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con los beneficios proporcionados en virtud de este Plan, incluidas, entre otras, todas las cuestiones de cobertura, elegibilidad y métodos para proporcionar o tramitar los beneficios. Si los Fideicomisarios deniegan su apelación de una reclamación y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de los Fideicomisarios estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar únicamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

APELACIONES PARA LAS PERSONAS INSCRITAS EN EL PLAN MAPD

Si usted es un participante elegible para Medicare cubierto por el Plan MAPD, las reclamaciones deberán presentarse al Plan MAPD para su procedimiento. Si el Plan MAPD deniega alguna reclamación en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a solicitar la revisión de dicha decisión de conformidad con los términos del Plan MAPD. Consulte su Evidencia de Cobertura de Humana o llame al Servicio de Atención al Cliente de Humana Group Medicare al 800-733-9064 para obtener más información y asistencia.

Otras normas, determinaciones o acciones del Fondo

Si no está de acuerdo con una norma, determinación o acción del Fondo, puede solicitar a la Mesa Directiva que revise la póliza, determinación o acción del Fondo con la que no está de acuerdo presentando una apelación por escrito a la Mesa Directiva. Su apelación por escrito debe presentarse en un plazo de 60 días a partir del momento en que tenga conocimiento de una norma, determinación o acción del Fondo con la que no esté de acuerdo y que no sea una denegación de beneficios.

Su apelación por escrito deberá exponer los motivos de la misma. Esto no significa que esté obligado a citar todas las estipulaciones aplicables del Plan o a exponer argumentos “jurídicos”; sin embargo, debe exponer claramente por qué no está de acuerdo con una póliza, determinación o acción del Fondo. Los Fideicomisarios pueden considerar mejor su posición si comprenden sus reclamaciones, razones y/u objeciones.

Los Fideicomisarios o un Comité designado de los Fideicomisarios revisarán su apelación en su reunión trimestral inmediatamente posterior a la recepción de su apelación, a menos que su apelación haya sido recibida por la oficina del Fondo en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la reunión. En este caso, su apelación se revisará en la segunda reunión trimestral posterior a la recepción de la apelación. Si lo desea, puede ponerse en contacto con la oficina del Fondo respecto a la fecha de la próxima reunión para que pueda presentar su apelación a tiempo para ser escuchado en dicha reunión. Si circunstancias especiales exigen una extensión del plazo de revisión para los Fideicomisarios o el Comité, se le notificará por escrito.

Los Fideicomisarios tienen plena discreción y autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con los beneficios proporcionados bajo este Plan, incluyendo, pero sin limitarse a, todas las cuestiones de cobertura, elegibilidad y métodos para proporcionar o tramitar los beneficios.

Si los Fideicomisarios deniegan su apelación a una reclamación o norma impugnada y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de los Fideicomisarios estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar únicamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

Revisión judicial limitada y plazo de prescripción para todas las apelaciones

No puede iniciar un procedimiento judicial contra ninguna persona, incluido el Fondo, el Plan, un fideicomisario del Fondo o del Plan, el gerente administrativo, los fideicomisarios o cualquier otra persona, con

respecto a una reclamación de beneficios, un cambio en la póliza del Plan u otras determinaciones o acciones, sin agotar primero los procedimientos de reclamaciones y apelaciones establecidos en esta sección.

Si ha agotado estos procedimientos y no está satisfecho con la decisión sobre la apelación de una reclamación denegada, puede interponer una demanda en virtud de la sección 502 de ERISA ante un tribunal adecuado para revisar la decisión de los Fideicomisarios sobre la apelación, pero sólo si la demanda se inicia en el plazo de un año a partir de la fecha de la decisión final de los Fideicomisarios sobre la apelación o, si procede, un año a partir de la fecha de una decisión tomada como resultado de una revisión externa de una reclamación de beneficios. Cualquier acción de este tipo deberá interponerse exclusivamente ante los tribunales federales situados en el estado de Maryland. Si decide solicitar una revisión judicial, la decisión de los Fideicomisarios estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar únicamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS (REEMBOLSO/SUBROGACIÓN)

De vez en cuando, una persona elegible para recibir los beneficios de este Fondo resulta lesionada como consecuencia de una falta o negligencia ajena. Dado que puede llevar meses o incluso años obtener la recuperación en un caso así, el Fondo prevé que se pueda efectuar el pago de los servicios cubiertos por el Plan previa recepción de una declaración firmada por el participante en la que acuerde reembolsar al Fondo todos y cada uno de los gastos en los que éste haya incurrido a partir de cualquier recuperación recibida de cualquier procedencia.

Un ejemplo de esto sería si usted y su cónyuge resultan heridos en un accidente de automóvil que fue culpa de otra persona. Si el Fondo paga \$1,000 en prestaciones debido a las lesiones resultantes del accidente y, como resultado de una demanda, acuerdo o reclamación al seguro, usted o su cónyuge recuperan algún dinero de la otra persona o de la compañía de seguros de la otra persona, el Fondo tiene derecho a recibir hasta \$1,000 de ese dinero como reembolso por los beneficios que le proporcionó a usted o a su cónyuge.

El Fondo tiene derecho al primer reembolso con cargo a cualquier recuperación de otra parte. Al aceptar los beneficios del Fondo, el perjudicado acuerda que cualquier cantidad que recupere por sentencia, acuerdo, compromiso o de otro modo se aplicará en primer lugar para reembolsar al Fondo, incluso si el perjudicado no queda resarcido. El Fondo tiene un interés equitativo en cualquier cantidad que usted recupere, o vaya a recuperar, por la totalidad de la cantidad pagada por el Fondo por su reclamación y cualquier cantidad que usted recupere debe segregarse y mantenerse en fideicomiso en nombre del Fondo hasta que se satisfagan los derechos de reembolso del Fondo.

Como se ha indicado anteriormente, antes de que el Fondo le pague cualquier beneficio a usted o a su dependiente, debe firmar un acuerdo por escrito en el que se establezca que se reembolsará al Fondo cualquier cantidad que éste haya pagado en relación con la lesión si usted recibe posteriormente un pago de otra parte por dicha lesión. Asimismo, deberá notificar al Fondo si usted o sus dependientes contratan a un abogado en relación con la lesión. Si usted o sus dependientes contratan a un abogado, el acuerdo también deberá estar firmado por éste.

Usted y su abogado también deben proporcionar pruebas, satisfactorias para los Fideicomisarios, de que ningún derecho, reclamación, interés o causa de acción contra un tercero ha sido, o será, despedido o liberado sin el consentimiento por escrito de la Mesa Directiva. Además,

cualquier reclamación que realice contra un tercero deberá ser aprobada previamente por los Fideicomisarios. Cualquier acuerdo que realice contra la otra parte también debe ser aprobado por los Fideicomisarios. Debe acordar ayudar al Fondo a tramitar sus reclamaciones contra la otra parte o permitir que el Fondo tramite las reclamaciones en su nombre antes de que se paguen los beneficios de este Plan.

Al aceptar estos beneficios, también acuerda que cualquier cantidad recuperada, e independientemente de cómo se caracterice la recuperación, son activos del Fondo y se aplicarán en primer lugar para reembolsar al Fondo, en su totalidad, y sin ninguna reducción por honorarios de abogados o costos. También acuerda que usted, su dependiente o cualquier persona que actúe en su nombre o en el de su dependiente, será considerado fideicomisario en virtud de la sección 3(21) de ERISA con respecto a dichos activos recuperados del Fondo. Si la persona perjudicada es menor de edad, el padre, la madre o el tutor legal deberá cumplir los requisitos anteriores en nombre del menor.

Debe tener en cuenta que el Fondo puede solicitar la recuperación de cualquier cantidad que reciba de otra parte, aunque no informe al Fondo de su reclamación o no firme un acuerdo con el Fondo. El derecho de subrogación del Fondo se establece en las condiciones del Plan y no en el acuerdo.

El Fondo tiene derecho al primer reembolso de cualquier recuperación que la parte perjudicada reciba de otra parte, independientemente de que se le indemnice o no. Esto incluye, pero no se limita a, las cantidades que pueda recibir de una póliza de seguro personal de propietario de vivienda, una póliza de seguro de automóvil o un acuerdo de seguro colectivo de cualquier tipo.

Si se niega a reembolsar al Fondo cualquier recuperación o se niega a colaborar con el Fondo en relación con sus derechos de subrogación o reembolso, el Fondo tiene derecho a recuperar por otros medios la cantidad total de todos los beneficios pagados en su nombre o en el de su dependiente en relación con el accidente. Éstos pueden incluir, entre otros, la interposición de una demanda contra usted o su dependiente, los aseguradores y cualquier receptor de los activos del Fondo distribuidos indebidamente sin el consentimiento del Fondo; y la compensación de las cantidades pagadas a usted o su dependiente con futuros pagos de beneficios hasta que se recupere el derecho de retención del Fondo. "Falta de colaboración" incluye la no ejecución de un acuerdo por escrito y el hecho de que usted o su abogado no respondan a las preguntas del Fondo respecto al estado de cualquier reclamación o cualquier otra pregunta relacionada con los derechos de reembolso y subrogación del Fondo. En caso de que usted o su abogado no respondan a una consulta del Fondo en un plazo de treinta

(30) días, el Fondo deducirá automáticamente las cantidades pagadas a usted o su dependiente de los pagos futuros de beneficios hasta que usted o su abogado proporcionen la información solicitada por el Fondo.

Si fuera necesario que el Fondo iniciara acciones legales contra usted por no reembolsarle, en su totalidad, o por no honrar el interés equitativo en la cantidad recuperada por usted de un tercero, usted será responsable de todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de los abogados y los intereses previos al juicio a un cargo del 10% o al índice que determinen los Fideicomisarios que se aplicará a la cobranza de cotizaciones morosas de los empleadores, el que sea más alto.

El derecho de reembolso del Fondo también incluye el derecho al reembolso de cualquier pago que se le haga de cualquier fuente a la que usted ceda cualquier reclamación contra, o acuerde de otro modo reembolsar cualquier recuperación de, la persona que le causó la lesión.

Los Fideicomisarios tienen absoluta discreción para resolver las reclamaciones de subrogación sobre cualquier base que consideren justificada y adecuada dadas las circunstancias.

VARIOS

Actuación de los Fideicomisarios

Los Fideicomisarios tienen plena discreción y autoridad sobre el nivel y tipo de prueba requerida en cualquier caso y sobre la aplicación e interpretación del Plan. No se iniciará ningún procedimiento legal en ningún tribunal o ante un organismo administrativo contra el Plan salvo que se hayan agotado todos los procedimientos de revisión con los Fideicomisarios. Salvo lo dispuesto en el Acuerdo Fiduciario o lo que determinen los Fideicomisarios, todas las acciones tomadas por los Fideicomisarios que sean fiduciarias o que de otro modo se considerarían acciones del fideicomitente se considerarán acciones fiduciarias en el sentido de ERISA.

No cesión o embargo de beneficios

No podrá ceder ningún beneficio, derecho o reclamación de beneficios a terceros, incluidos, entre otros, un proveedor o un centro, sin el consentimiento expreso por escrito del administrador del Fondo. "Beneficios, derechos o reclamaciones de beneficios" incluye, pero no se limita a, una reclamación de pago de un beneficio según los términos del Plan u otro documento o comunicación del Plan, una reclamación de beneficios según la sección 502(a) de ERISA, una reclamación según ERISA por incumplimiento del deber fiduciario o una reclamación de penalizaciones evaluables según la ley o los reglamentos.

Puede dar instrucciones para que los beneficios pagados a usted se paguen a una institución o a proveedores de atención médica. Sin embargo, el Fondo no está legalmente obligado a aceptar tales instrucciones y ningún pago del Fondo a un proveedor se considerará una asignación del beneficio, un contrato para pagar los beneficios o un reconocimiento por parte del Fondo de que tiene la obligación legal de pagar al proveedor, excepto en la medida en que decida hacerlo.

Todos los beneficios del Plan están exentos, en la medida en que lo permita la ley, de las reclamaciones de los acreedores y de todas las órdenes, decretos, embargos, ejecuciones u otros procesos o procedimientos legales.

Pagos erróneos

Se hará todo lo posible para garantizar la exactitud en el pago de sus beneficios. No obstante, si se descubre un error y se determina que el Fondo le ha abonado beneficios a los que no tiene derecho, los Fideicomisarios tienen derecho a reclamarle la recuperación, incluido el derecho a reducir los futuros pagos de beneficios en la cantidad del

pago erróneo. Los Fideicomisarios también tienen derecho a reclamarle todos los costos del cobro de un pago erróneo, incluidos los honorarios de los abogados y los intereses de demora a un índice del 10% o al índice que determinen los Fideicomisarios que se aplica al cobro de cotizaciones morosas de los empleadores, el que sea más alto. Los Fideicomisarios también tienen derecho a recuperar dichos pagos en exceso, en la medida del error o Exceso, de cualquier compañía de seguros u otra organización.

Falsedad o fraude

Si recibe beneficios como resultado de información falsa o de una representación engañosa o fraudulenta, se le exigirá que reembolse todas las cantidades y será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los intereses previos a la sentencia a un índice del 10% o al índice que determinen los Fideicomisarios que se aplicará a las cotizaciones morosas de los empleadores, el que sea más alto. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de reducir los pagos futuros por la cantidad de los pagos realizados debido a fraude o falsedad.

No responsabilidad del Fondo

La utilización de los servicios de cualquier hospital, clínica, médico u otro proveedor de atención médica, ya sea designado por el Fondo o de otro modo, es un acto voluntario suyo. Aunque algunos beneficios sólo puedan obtenerse de los proveedores designados por el Fondo, ello no pretende ser una recomendación o instrucción para utilizar dicho proveedor. Debe seleccionar un proveedor o un tratamiento basándose en todos los factores adecuados, de los cuales sólo uno es la cobertura del Plan. Los proveedores son contratistas independientes, no empleados del Plan. Los Fideicomisarios no hacen ninguna declaración respecto a la calidad del servicio o tratamiento de ningún proveedor y no son responsables de ningún acto de comisión u omisión de ningún proveedor en relación con la cobertura del Fondo. El proveedor es el único responsable de los servicios y tratamientos prestados.

Compensación para Trabajadores

Los beneficios proporcionados por el Plan no sustituyen ni afectan a ningún requisito de cobertura de una ley de Compensación para Trabajadores o legislación similar.

Derechos exclusivos

Ningún individuo tendrá derecho a los beneficios proporcionados por el Plan, salvo lo especificado en el presente documento; y en ningún caso se adquirirán derechos a los beneficios del Plan. Ninguna parte estará obligada ni podrá confiar en ninguna declaración oral sobre el contenido de este Plan que sea incoherente con los términos del mismo.

Derecho a modificar o reducir los beneficios

La Mesa Directiva, de conformidad con el Documento del Plan y el Acuerdo Fiduciario, tiene derecho a modificar el Plan en cualquier momento. Esto incluye, pero no se limita a, eliminar la existencia o cambiar la duración de la cobertura para todos los empleados, dependientes y jubilados, cambiar la elegibilidad y los requisitos para la cobertura, cambiar la naturaleza y el alcance de la disponibilidad del beneficio y las condiciones y métodos de pago de los beneficios. Los Fideicomisarios también tienen derecho, en cualquier momento, a reducir los beneficios. Los beneficios del Plan, incluidas las prestaciones para jubilados, no están garantizados y se proporcionan únicamente con los activos del Fondo recaudados y disponibles para tales fines. El derecho de la Mesa Directiva a terminar o modificar el Plan se describe con más detalle a continuación.

Ausencia de responsabilidad por la práctica de la medicina

El Plan, la Mesa Directiva o cualquiera de sus designados no se dedican a la práctica de la medicina, ni ninguno de ellos tiene control alguno sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de la misma, de ningún servicio de atención médica prestado o entregado a una persona cubierta por ningún proveedor de atención médica. Ni el Plan, ni la Mesa Directiva, ni ninguna de las personas designadas por ellos tendrán responsabilidad alguna por cualquier pérdida o lesión causada a cualquier persona cubierta por cualquier proveedor de atención médica por negligencia, por falta de atención o tratamiento o por cualquier otro motivo.

Confidencialidad y protección de su información médica

El Plan cumplirá con las normas de confidencialidad de la información médica identificable individualmente promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Normas HIPAA). Conforme a estos niveles, el Plan protegerá la privacidad de la información médica identificable individualmente y bloqueará o limitará la divulgación de esta información a los Fideicomisarios, los empleadores, el Sindicato, los miembros de su familia, los proveedores de servicios y

otros terceros. La información médica protegida se divulgará (1) sólo en la medida en que lo autorice el paciente; (2) según sea necesario para la administración del plan, incluida la revisión y el pago de reclamaciones y la determinación de apelaciones; o (3) según lo autorice o exija la ley. El plan ha adoptado ciertas normas y pólizas escritas para garantizar que, en lo que respecta a su uso, divulgación y mantenimiento de la información médica protegida, cumple con la legislación aplicable.

Puede autorizar la divulgación de su información médica protegida a terceros firmando una autorización por escrito y presentándola en la oficina del Fondo. También puede cancelar cualquier autorización previa por escrito que haya proporcionado al Plan presentando una cancelación de autorización por escrito en la oficina del Fondo. Puede solicitar estos formularios en la oficina del Fondo.

El Plan ha proporcionado a los participantes una Notificación de Prácticas de Privacidad para la Información de salud protegida. Si necesita una copia de la notificación o desea información adicional sobre el uso y la divulgación por parte del Plan de la información de salud protegida o sobre sus derechos con respecto a esta información, puede solicitar una copia de la notificación en la oficina del Fondo.

Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer de 1998

Como se explica en otro apartado de este folleto, el Plan le proporcionará cobertura a usted o a su dependiente elegible que esté recibiendo beneficios en relación con una mastectomía y que elija la cirugía de reconstrucción mamaria en relación con la mastectomía de conformidad con la Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer de 1998. Dicha cobertura incluye: reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y prótesis y complicaciones físicas para todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres de 1996

Como también se explica en otra parte de este folleto, en virtud de la legislación federal (o estatal), los planes médicos grupales y las aseguradoras de salud no pueden, por lo general, restringir los beneficios por la duración de la hospitalización en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras el parto vaginal, o menos de 96 horas tras una cesárea.

Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008

Independientemente de cualquier disposición contraria en este documento del Plan y de conformidad con la sección 712 de ERISA, con respecto a los beneficios por servicios prestados después del 31 de diciembre de 2010 y en la medida en que la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 sustituya, modifique o enmiende la Ley de Paridad de Salud Mental de 1996, los límites totales y anuales de por vida de las prestaciones de salud mental del Plan serán los mismos que los de las prestaciones médicas/quirúrgicas y se incluirán en dichos límites, y los requisitos financieros cuantitativos o no cuantitativos predominantes o las limitaciones de tratamiento de las prestaciones de salud mental serán los mismos que los de las prestaciones médicas/quirúrgicas, salvo que este Plan cumpla los requisitos para acogerse a la exención para pequeños empleadores o de aumento de costos.

Acuerdo y declaración fiduciaria

El Plan está sujeto y controlado por las estipulaciones del Acuerdo y Declaración de Fideicomiso Reformulados. En caso de conflicto entre las estipulaciones del Plan y las estipulaciones del Acuerdo y Declaración de Fideicomiso Reformulados, predominarán las estipulaciones del Acuerdo y Declaración de Fideicomiso Reformulados.

Cláusula de salvedad

Si alguna de las estipulaciones de este Plan se considera ilegal, o ilegal en lo que respecta a una persona o circunstancias concretas, dicha conclusión no afectará negativamente a la aplicación de las demás estipulaciones del Plan tal y como se describen en este folleto, salvo que la ilegalidad haga imposible continuar con el funcionamiento de este Plan.

Preservación de las estipulaciones del Plan

Este documento sustituye y reemplaza cualquier literatura anterior proporcionada con respecto a los beneficios del Plan y está destinado a servir tanto como la Descripción resumida del Plan como el Documento del Plan bajo ERISA.

En caso de incoherencia u omisión entre las estipulaciones de este Plan y las disposiciones obligatorias de la ley o reglamento aplicable o su interpretación por cualquier tribunal o agencia reguladora con autoridad sobre el Plan, prevalecerán dichas estipulaciones y su interpretación. Cuando las estipulaciones de este Plan sean diferentes de las obligatorias de la ley o reglamento aplicable, pero estén no obstante

permitidas por dicha ley o reglamento según la interpretación de los tribunales o agencias, prevalecerán las estipulaciones de este Plan.

En caso de incoherencia entre la versión inglesa de la Descripción resumida del Plan y la traducción al español de la Descripción resumida del Plan, prevalecerán las estipulaciones de este Plan tal y como se indican en inglés.

Selección del foro

Cualquier acción legal en virtud del Título I de ERISA entablada contra el Plan, el Fondo, la Mesa Directiva, el Gerente Administrativo y/o cualquier empleado o agente del mismo deberá entablarse exclusivamente en los tribunales federales ubicados dentro del estado de Maryland, en cuyo caso las partes consienten y se someten a la jurisdicción personal de los tribunales federales ubicados dentro del Estado de Maryland. Cualquier otra acción legal entablada contra el Plan, el Fondo, la Mesa Directiva, el Gerente Administrativo y/o cualquier empleado o agente del mismo deberá entablarse exclusivamente en los tribunales estatales o federales ubicados dentro del estado de Maryland, en cuyo caso las partes consienten y se someten a la jurisdicción personal de los tribunales estatales o federales ubicados dentro del estado de Maryland.

Legislación aplicable

Los términos del Plan se rigen y se interpretan de conformidad con la legislación federal en la medida en que ésta sea aplicable. En la medida en que no se aplique la ley federal, los términos del Plan se regirán e interpretarán de conformidad con las leyes del estado de Maryland. Los Fideicomisarios tienen la autoridad discrecional exclusiva para interpretar el Plan y tomar todas las decisiones con respecto al mismo.

INFORMACIÓN GENERAL Y DERECHOS ERISA

La siguiente información se proporciona tal y como exige ERISA:

Nombre oficial del Plan: Plumbers and Pipefitters Medical Plan.

Tipo de administración: El Plan es administrado y mantenido por una Mesa Directiva conjunta, compuesta por tres representantes del Sindicato y tres representantes del Empleador. Los Fideicomisarios contratan a un administrador externo para los servicios de administración y pago de reclamaciones.

Tipo de Plan: Plan de salud y bienestar para empleados que incluye hospitalización, asistencia médica, incapacidad, odontología, oftalmología y medicamentos con receta.

Legislación aplicable: Este Plan fue creado y aceptado en el estado de Maryland y todas las cuestiones relativas a la validez e interpretación del Plan se determinarán de conformidad con ERISA y otras leyes federales.

Limitación de la acción: No se presentará ninguna acción ante un tribunal o ante un organismo para el pago de beneficios en virtud del Plan salvo que se hayan agotado todos los procedimientos de revisión.

Género: Siempre que se utilice un pronombre masculino en este Plan, incluye el femenino salvo que el contexto indique claramente lo contrario, y viceversa. Las palabras utilizadas en singular también incluyen la forma plural en todas las situaciones en las que también se aplicarían, y viceversa.

Proveedores Preferidos: La Mesa Directiva ha contratado con CareFirst Blue Cross/Blue Shield para proporcionar a los participantes del Plan acceso a una Organización de Proveedores Preferidos que presta servicios médicos.

CareFirst
10455 Mill Run Circle,
Owings Mills, Maryland 21117
800-235-5160
www.carefirst.com

Los Fideicomisarios también han contratado el Vision Service Plan, que proporciona un beneficio de visión a los participantes del Fondo a través de los optometristas participantes.

Vision Services Plan
P.O. Box 2487
Columbus, OH, 43216-2487
www.vsp.com

Los Fideicomisarios han seleccionado a United Concordia Dental para administrar los beneficios dentales del Fondo.

United Concordia Dental
1800 Center St
Camp Hill PA 17011
www.unitedconcordia.com

Los Fideicomisarios también han contratado el plan PPO Medicare Advantage de Humana, que proporciona a los participantes elegibles a Medicare del Plan acceso a una Organización de Proveedores Preferidos que proporciona servicios médicos y beneficios de medicamentos recetados.

Humana
P.O. Box 669
Louisville, KY 40201-0669
www.humana.com

La Mesa Directiva podrá, ocasionalmente y a su entera discreción, ingresar acuerdos por escrito con otras Organizaciones de Proveedores Preferidos. El uso de cualquier proveedor preferido queda totalmente a elección del participante. La existencia de cualquier proveedor preferido no implicará en modo alguno la aprobación de un proveedor específico, ni constituirá garantía alguna de los servicios prestados.

Otros proveedores

La Mesa Directiva ha contratado a ciertas organizaciones para que proporcionen otros beneficios o servicios a este Plan:

Programa de medicamentos con receta y por correo:

Express Scripts, Inc.
1 Express Way
St. Louis, MO 63120

Beneficios complementarios del seguro de accidentes ocupacionales:

Chubb Insurance Co.
1801 K Street, N.W., Suite 700
Washington, DC 20006

Servicios de gestión de la utilización:

American Health Holding, Inc.
7400 West Campus Road, F-510
New Albany, OH 43054
Para la precertificación, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Proveedor del centro de bienestar:

Marathon Health
10 West Market Street, Suite 2900
Indianapolis, IN 46204

Direcciones de los centros de bienestar

4755 Walden Lane Lanham, MD 20706 (240) 436-2840	4475 Regency Place, Suite 206 White Plains, MD 20695 (301) 476-0181
---	--

Dirección del administrador en la oficina del Fondo

Administrador del Fondo

BeneSys, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
1-800-741-9249

Administrador del Plan

El administrador oficial del Plan es la Mesa Directiva que ha sido designada como agente para la notificación de procedimientos legales. Los nombres, cargos y direcciones de los Fideicomisarios son:

Fideicomisarios Sindicales

Terriea Smalls, Chairman
c/o U.A. Local Union No. 5
4755 Walden Lane
Lanham, MD 20706

Michael Canales
c/o U.A. Local Union No. 5
4755 Walden Lane
Lanham, MD 20706

Walter "Dick" Harrigan
c/o U.A. Local Union No. 5
4755 Walden Lane
Lanham, MD 20706

Fideicomisarios Empleadores

Reuben Ford, Co-Chairman
CRW Mechanical, Inc.
5807 Ellerbie Street
Lanham, MD 20706

Anne Finerfrock
W.E. Bowers
12401 Kiln Court
Beltsville, MD 20705

Andrew Tomlinson
G&M Services LLC
7526 Connelley Drive, Suite T&U
Hanover, MD 21076

Asesores profesionales

Asesores jurídicos: O'Donoghue and O'Donoghue LLP

Auditor: Calibre CPA Group, PLLC

Consultor y Actuario: The Segal Company

Fuente de financiamiento del Plan e identidad de cualquier organización a través de la cual se otorgan los beneficios:

- (a) Los pagos al Fideicomiso son realizados por empleadores individuales bajo las estipulaciones de cualquiera de los Acuerdos de negociación colectiva, por algunos empleados a través de autopagos, y de cualquier ingreso obtenido de la inversión de las cotizaciones. Todo el dinero se utiliza exclusivamente para proporcionar beneficios a los empleados elegibles o a sus dependientes, y para el pago de todos los gastos incurridos con respecto al funcionamiento del Plan. Los Fideicomisarios revisan anualmente el estado de financiamiento del Plan. Los activos del Fondo se mantienen en Fideicomiso de conformidad con un acuerdo y una Declaración de Fideicomiso.
- (b) Si lo solicita por escrito, la oficina del Fondo le indicará si un empleador cotiza a este Fondo en nombre de los empleados que trabajan bajo un Acuerdo de negociación colectiva.

- (c) Los beneficios de medicamentos con receta se administran a través de un contrato con Express Scripts. Los beneficios de visión se administran a través de Vision Service Plan. Todos los beneficios se traman mediante un acuerdo de administración de terceros con BeneSys, Inc.
- (d) Ningún pago previsto en este Plan está asegurado (excepto un suplemento de compensación para trabajadores y el Plan MAPD de Humana) por ningún contrato de seguro y no existe ninguna responsabilidad por parte de la Mesa Directiva ni de ningún otro individuo o entidad de proporcionar un pago superior a la cantidad del Fondo recaudada y disponible para tal fin. Los Fideicomisarios tienen derecho a terminar, suspender, retirar, enmendar o modificar el Plan, total o parcialmente, en cualquier momento, incluidos los cambios en todas las normas de elegibilidad.

Fecha de Fin de Año del Plan: 31 de diciembre

Número de identificación del Plan del Servicio de Rentas Internas:
53-0190932

Número del Plan: 501

Terminación del Plan:

La Mesa Directiva puede dar por terminado el Fondo y, por consiguiente, el plan de beneficios que proporciona el Fondo, por conformidad con el artículo XII del acuerdo reformulado y la declaración de fideicomiso del Fondo, tal como se describe brevemente a continuación.

El Fondo podrá terminarse mediante un instrumento escrito firmado por los Fideicomisarios. El Fondo podrá darse por terminado si, en opinión de los Fiduciarios, no es adecuado para llevar a cabo la intención y el propósito del Fondo según lo establecido en su Acuerdo Fiduciario o no es adecuado para cumplir con los pagos adeudados o que puedan llegar a adeudarse en virtud del Plan. El Fondo también puede terminarse si no quedan personas vivas que puedan calificar como participantes o beneficiarios en virtud del Plan. Por último, el Fondo puede darse por terminado si deja de haber acuerdos de negociación colectiva que exijan cotizaciones al Fondo. Los Fideicomisarios tienen plena discreción para determinar cuándo y si se debe terminar el Fondo.

Si se termina el Fondo, los Fideicomisarios: (a) pagarán los gastos del Fondo incurridos hasta la fecha de terminación, así como los gastos relacionados con la terminación; (b) organizarán una auditoría final del Fondo; darán cualquier notificación y prepararán y presentarán cualquier informe que pueda exigir la ley; y (d) aplicarán los activos del Fondo de

conformidad con el Plan, incluidas las modificaciones adoptadas como parte de la terminación hasta que se distribuyan los activos del Fondo.

Ninguna parte de los activos o de los ingresos del Fondo se utilizará para fines distintos del beneficio exclusivo de los participantes y de los beneficiarios o de los gastos administrativos del Fondo. Bajo ninguna circunstancia ninguna parte del Fondo revertirá ni redundará en beneficio de ningún Empleador cotizante, de ninguna asociación de Empleadores ni del Sindicato, ya sea directa o indirectamente.

Una vez terminado el Fondo, los Fideicomisarios lo notificarán con prontitud al Sindicato, a los empleadores y a todas las demás partes interesadas. Los Fideicomisarios continuarán como tales a efectos de la liquidación de los asuntos del Fondo.

SUS DERECHOS ERISA

Como participante en el Plumbers and Pipefitters Medical Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la ley Employee Retirement Income Security Act de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y sus beneficios

- Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, así como una copia del último informe anual (formulario de la serie 5500) presentado por el plan al Ministerio de Trabajo de EE.UU. y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Beneficios de Jubilación y Bienestar.
- Obtener, previa solicitud por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, así como copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y una descripción resumida del Plan actualizada. El administrador podrá cobrar unos cargos razonables por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada participante un ejemplar de este informe anual resumido.

Continuar la cobertura del Plan médico grupal

Continúe con la cobertura médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si se produce una pérdida de la cobertura del plan como consecuencia de un evento calificativo. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta descripción resumida del Plan y los documentos que lo rigen sobre las normas que rigen sus derechos de continuación de cobertura COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes en el plan, ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento del plan de prestaciones para empleados. Las personas que gestionan su plan, denominadas "fiduciarios" del plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarte de cualquier otra forma para impedirle obtener una prestación social o ejercer sus derechos en virtud de ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamación de un beneficio de bienestar es denegada o ignorada, total o parcialmente, tiene derecho a saber por qué se ha hecho, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo alguno y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de unos plazos determinados.

En virtud de ERISA, existen medidas que puede tomar para hacer valer los derechos anteriormente mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al administrador del plan que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que los reciba, salvo que los materiales no se hayan enviado por motivos ajenos a la voluntad del administrador. Si tiene una reclamación de beneficios que es 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 del plan respecto al estado calificado de una orden de relaciones intrafamiliares o de una orden de apoyo médico infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si se diera el caso de que los fiduciarios del plan hicieran un uso indebido del dinero del plan, o si le discriminaran 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.

Asistencia para sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe ponerse en contacto con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre este estado o sobre sus derechos según ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, 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, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

¡IMPORTANTE!

Este folleto contiene información importante sobre sus derechos en virtud del plan médico, Plumbers and Pipefitters Medical Plan. Lea detenidamente la información contenida en este folleto. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o cobertura conforme a cualquiera de las estipulaciones de este Plan, póngase en contacto con la oficina del Fondo en la siguiente dirección:

**Plumbers and Pipefitters Medical Plan
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
o llame al: (800) 741-9249**

Tenga en cuenta que las interpretaciones sobre la participación en el Plan y la elegibilidad para los beneficios, la situación de los empleadores y empleados, o cualquier otro asunto relacionado con el Plan Médico, sólo deben obtenerse a través de la Mesa Directiva en pleno o del Administrador del Fondo. Los Fideicomisarios no están obligados, son responsables ni están vinculados por las opiniones, informaciones o representaciones de cualquier otra fuente.